ESSAI

SUR LES

KYSTES CHYLEUX DU MÉSENTÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

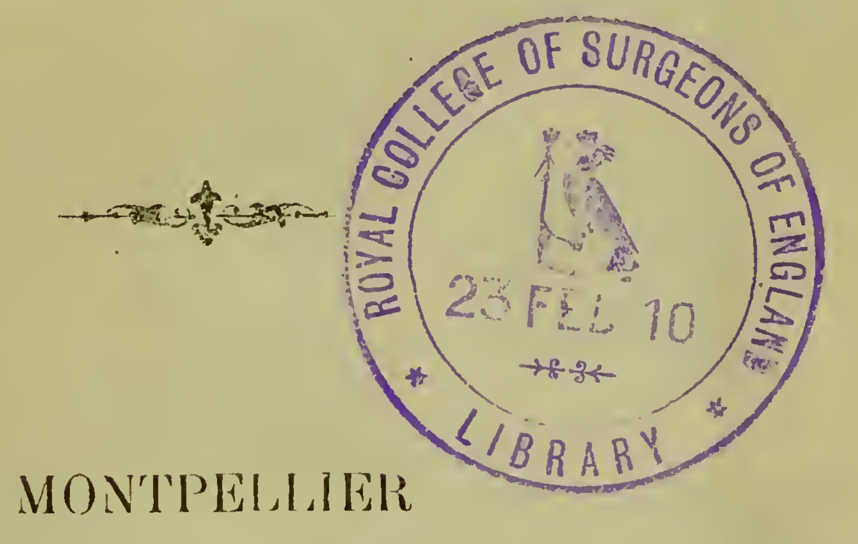
Le 7 Février 1905

PAR

Alfred RIVES

Né le 30 mars 1880, à Saint-Paul-de-Fenouillet (P.-O.)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT
— — ch. du cours, M. Guérin.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS

Doyen honoraire: M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe	De ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND	MM ARDIN-DELTEIL
MOITESSIER	VIRES	SOUBEIRAN
de ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM TÉDENAT, *président.*	MM. de ROUVILLE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE

A MA VAILLANTE MÈRE

Témoignage d'éternelle reconnaissance.

A MES FRÈRES, A MA SŒUR

A. RIVES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DE L'HOPITAL
DE PERPIGNAN

A. RIVES.

AVANT-PROPOS

Nous voici arrivé au terme de nos études ; au moment de clore par ce modeste travail cette longue et importante étape de notre vie, il nous est un doux devoir de venir témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui, par leurs conseils et leur amitié, rendirent cette étape moins dure à tous ceux qui, prodiguant sans compter leur science et leur temps, s'efforcèrent de faire du jeune écolier, l'homme et le médecin.

Nous remercions d'abord les maîtres de cette Faculté qui surent captiver notre esprit, et nous rendre agréables des études souvent pénibles.

Nous avons été très touché de l'amitié dont a bien voulu nous honorer M. le professeur Imbert, et nous avons conservé un excellent souvenir de notre passage comme aide au service d'électrothérapie. M. le professeur Ville nous a toujours accueilli avec une affabilité « toute catalane ». Nous tenons à l'en remercier.

Nous n'oublierons pas nos maîtres de l'école annexe du service de santé de la marine à Toulon ; les deux années que nous avons passées auprès d'eux, nous ont permis surtout de nous familiariser avec le côté pratique de notre profession.

Nous conserverons toujours un bon souvenir du temps passé à l'hôpital Saint-Jean de Perpignan, où, sous la haute égide de nos distingués maîtres, MM. Massot et Sabarthez, nous apprenions auprès du malade à connaître et à traiter les maladies.

A MM. les docteurs Baron, Canceill, Berjoan, et Castagné qui nous ont permis de faire nos premières armes dans le dur métier de médecin de campagne, nous adressons nos remerciements pour la confiance dont ils nous ont honoré.

A M. le docteur de Lamer, nous faisons part de toutes nos sympathies ; il a reporté constamment sur le fils, l'amitié qu'il avait accordée au père, et il a été toujours pour lui un conseiller sûr et fidèle.

Nous n'aurons garde d'oublier nos compagnons d'étude, les docteurs Gautier, Géniès, Poux et Dumoulin, à l'école de Toulon ; les docteurs Artus, Douffiagues, Delcros, de Raymond et Vidal en cette Faculté ; leur souvenir ne nous quittera jamais.

INTRODUCTION

Pendant nos deux années d'internat à l'hôpital Saint-Jean de Perpignan, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de chirurgie, un cas de kyste chyleux du mésentère, opéré par notre excellent maître, le docteur Massot.

Nous rapportâmes ce cas remarquable et rare à M. le professeur agrégé Soubeyran, et à M. Fuster, chef de clinique chirurgicale, qui nous engagèrent à faire des recherches sur ce sujet, après l'approbation de M. le professeur Tédenat.

Nous remercions ici M. le professeur Tédenat de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse ; le fonds en est redevable au docteur Massot, à qui nous devons toute notre reconnaissance. Que M. le professeur Soubeyran, et M. le docteur Fuster, qui ont bien voulu s'intéresser à la question et nous donner quelques conseils, sachent que nous avons été très touché de leur attention.

Nous n'aurons pas ici la prétention de faire une étude complète de la question, les kystes et les tumeurs du mésentère ont trop peu attiré l'attention des maîtres pour que nous puissions espérer un pareil résultat. Nous nous contenterons d'analyser les diverses observations parues jusqu'à ce jour ; nous les avons recueillies, en partie dans les thèses de Collet, Augagneur, Delmez, Arékion, Klefstadlt-Sillonville, en partie dans les publications françaises et étrangères ; le nombre d'observations publiées prouve que l'on aurait tort de considérer ces tumeurs comme exceptionnelles, surtout si l'on nous

accorde que les kystes séreux proviennent en grande partie des kystes chyleux ; nous serons très bref sur l'historique qui se confond avec celui des tumeurs du mésentère en général, et qui trouve mieux sa place dans une étude générale comme celle qu'en ont fait Augagneur en 1886, pour les tumeurs, et Collet pour les kystes, en 1885. Après quelques mots sur la constitution et les fonctions du mésentère, nous aborderons l'étude anatomo-pathologique des kystes chyleux, en nous entendant préalablement sur la définition qu'on peut en donner ; la pathogénie sera un point que nous traiterons avec intérêt. Nous tâcherons d'établir les relations qui existent entre les diverses sortes de kystes ; nous étayerons nos hypothèses par l'anatomie pathologique.

L'étiologie, les symptômes, les phénomènes généraux, seront analysés d'après les observations ; nous verrons d'après ces observations que le diagnostic présente des difficultés souvent insurmontables ; il se prête d'ailleurs aux mêmes considérations que les autres kystes. Nous ferons ressortir la noirceur du pronostic et démontrerons l'importance d'un traitement chirurgical précoce.

ESSAI

SUR LES

KYSTES CHYLEUX

DU MÉSENTÈRE

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

L'histoire des kystes du mésentère est toute récente ; on peut diviser en trois périodes les phases par lesquelles a passé leur étude.

La *première période*, qui va depuis Horstius, Tulpius, jusqu'au milieu de ce siècle, est quelque peu obscure ; au milieu du chaos d'observations embrouillées signalées par les auteurs, on a peine à reconnaître par-ci par-là quelques kystes mésentériques ; ils sont toujours des trouvailles d'autopsie, et considérés comme très rares. Jamais le diagnostic n'en avait été posé sur le vivant.

C'est en 1622 qu'Aselli décrivit les chylifères et les ganglions auxquels ils se rendent. Cette découverte eut un énorme retentissement et devint le point de départ d'une série de travaux qui limitent peu à peu les maladies du mésentère dans les altérations des vaisseaux et ganglions lymphatiques. En

1625, Matheus Martini, de Halle, montre dans son livre toute l'importance qu'il attache à l'oblitération des vaisseaux lactés. A cette période se rattachent les œuvres de Baillou (1672), Sydenham (1723), Haller (1740), mentionnant des kystes probablement chyleux du mésentère ; nous ne les compterons pas au nombre des cas authentiques, parce que les bases anatomopathologiques sur lesquelles reposent ces observations sont peu sérieuses.

Voici ce que dit Haller : « Sur les cadavres des sujets atteints de lésions mésentériques, on trouve ordinairement un squirrhe des glandes mésentériques, qui, par l'accumulation de la lymphe, en retarde le cours, de telle sorte que les canaux se brisent sous sa pression incessante, d'où la pire espèce d'ascite. » Augagneur appelle cette première période, la période médicale, elle se termine avec Valleix, qui écrivait en 1860 dans le *Guide du médecin praticien* (t. IV, p. 509) : « Le mésentère ne présente des maladies indépendantes de tout autre état morbide, et en d'autres termes, d'affections idiopathiques, que dans des cas tout à fait exceptionnels. »

La *deuxième période* est une période de tâtonnements. A elle se rattachent un certain nombre de faits cliniques indubitables de kystes du mésentère, et parmi eux les cas de Rokitansky (1842), et de Ducasset (1848), concernant des kystes chyleux du mésentère ; à cette époque, la chirurgie encore hésitante n'ose s'attaquer aux tumeurs de l'abdomen.

La *troisième période*, ou chirurgicale, commence avec la pratique de l'antisepsie : « Les progrès de la chirurgie opératoire vont amener pour les maladies du mésentère, des améliorations que deux siècles d'hypothèses pathogéniques et d'autopsies insuffisantes avaient été incapables de réaliser. Depuis 1860, que l'ovariotomie a pris sa place dans la classe des opérations définitivement acceptées par tous les chirurgiens, de nombreuses erreurs de diagnostic ont attiré l'atten-

tion sur les symptômes propres aux maladies des autres organes intra-abdominaux. Le mésentère a été le dernier à attirer l'attention, la rareté relative de ces lésions en est probablement la cause. Mais les observations publiées depuis quinze ans, ont un cachet de précision qui tranche singulièrement avec le vague de celles qui les avaient précédées ; d'assez nombreuses monographies font espérer que les signes diagnostiques et les indications thérapeutiques des tumeurs du mésentère seront aussi précis que ceux des affections ovariques. »

C'est dans sa thèse d'agrégation (1886), qu'Augagneur écrivait ces lignes. Depuis cette époque, malheureusement, les signes diagnostiques n'ont guère augmenté de précision, mais de nombreuses observations sont venues enrichir l'histoire pathologique du mésentère. Dès 1880, Péan avait fait observer la fréquence relative des kystes du mésentère : « S'ils sont réputés très rares, dit-il, c'est qu'on les a méconnus; faute de dissection, ils ont pu être confondus avec d'autres tumeurs des organes voisins » ; et dans son *Traité des tumeurs abdominales*, il indique le mode de traitement qui leur convient. Tillaux, en 1881, établissait les symptômes des kystes du mésentère, et sa description devenait classique. En 1884, Collet, un de ses élèves, en faisait une étude des plus complètes. Nous arrivons à Augagneur, qui en 1886, a fait l'ouvrage le plus complet sur la question. Depuis lors les travaux se sont multipliés, et dans nos recherches nous avons pu nous convaincre de l'importance qu'a prise en ces dernières années l'étude de ces kystes, si l'on en juge d'après le nombre des observations publiées. Ceci revient à dire que depuis que leurs symptômes sont mieux connus, ou plutôt depuis que l'attention a été éveillée sur eux, la fréquence de ces kystes augmente : ainsi l'opinion de Péan semble indiscutable.

Aussi, voyons-nous apparaître dans le grand Traité de chi-

rurgie de Duplay et Reclus quelques pages substantielles dues à Quénu, alors que jusqu'ici, le mésentère semblait ne point exister au point de vue pathologique dans les traités classiques. Il semble donc que les tumeurs du mésentère vont sortir de l'oubli, et devenir classiques, au même titre que celles des autres organes intra-abdominaux.

Tandis qu'Augagneur englobait dans son travail toutes les tumeurs de la séreuse, MM. Delmez et Arékion, après Collet il est vrai, ont senti la nécessité d'une monographie spéciale pour les kystes, en raison de l'importance et du nombre des observations qui leur sont consacrées ; M. Deffains s'occupe même de la question au point de vue exclusif de la clinique et de la thérapeutique, et M. Klefstadt-Sillonville croit, dès 1892, le moment venu de faire une étude spéciale des kystes chyleux du mésentère. Son travail est basé sur 18 observations de productions kystiques chyleuses, avec intervention chirurgicale, et 10 observations de cas trouvés à l'autopsie. C'est ce travail que nous essayerons de compléter, et nous rapporterons quelques cas observés depuis l'époque de sa thèse.

CHAPITRE II

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU MÉSENTÈRE

Le mésentère est une dépendance du péritoine qui rattache l'intestin grêle à la paroi abdominale postérieure. C'est un double feuillet triangulaire à sommet tronqué (bord rachidien), à base tuyautée mobile (bord intestinal) ; il offre un bord supérieur et un bord inférieur ; deux faces, l'une droite et supérieure, l'autre gauche et inférieure.

Bord rachidien. — Il est oblique et va du bord gauche de la deuxième lombaire à l'articulation sacro-iliaque droite. A ce niveau, ses deux feuillets sont séparés l'un de l'autre par du tissu cellulaire abondant, au milieu duquel sont les insertions du psoas, les piliers du diaphragme, la veine cave inférieure (œdème des membres inférieurs dans certains kystes volumineux), les origines de la grande veine azygos, l'aorte, le plexus solaire à sa sortie des ganglions semi-lunaires (shock, diarrhée incoercible après extirpation des kystes), les ganglions lymphatiques sus-aortiques et les cinq groupes des vaisseaux lymphatiques (dont l'un antérieur provient surtout des chylifères), qui vont former la citerne de Pecquet au devant de la deuxième ou troisième lombaire.

Base ou bord libre. — Enserre l'intestin grêle moins le duodénum, et lui adhère intimement ; il maintient huit mètres d'intestin.

Bord supérieur. — Se continue à angle droit avec la lame inférieure du mésocolon transverse. C'est par là que pénètrent les vaisseaux mésentériques après avoir croisé la face postérieure du duodénum. Ce bord supérieur mesure quelques centimètres.

Bord inférieur. — Egalement court, se replie à droite sur le cæcum et l'appendice qu'il maintient dans la fosse iliaque droite ; à gauche, il va former le feuillet droit du mésocolon iliaque.

Entre les deux lames péritonéales existe un tissu cellulaire lâche, abondant, surtout vers le rachis. Il se continue en haut avec celui qui avoisine le pancréas (kyste partant de cet organe et envahissant le mésentère), en bas avec celui du petit bassin (kystes du parovaire devenant mésentériques). Dans ce tissu cellulaire nous trouvons des artères, branches de la mésentérique supérieure destinées à nourrir l'intestin (sphacèle de l'intestin par compression ou section de ces vaisseaux) ; des veines tributaires du système porte (coïncidence des kystes hydatiques du mésentère et du foie) ; des vaisseaux et des ganglions lymphatiques d'où naissent les kystes chyleux ; des nerfs branches du plexus solaire, destinés à l'intestin (paralysie intestinale par compression).

Rôle du mésentère. — C'est d'abord un ligament maintenant l'intestin par ses fibres élastiques et aussi par les fibres musculaires constantes décrites par Rouget, qui, venues du pilier droit du diaphragme se perdent en s'irradiant dans le mésentère. Lorsque cette tonicité est détruite, la masse intestinale tombe en avant (entéroptose). Certaines tumeurs arrivent au même résultat et peuvent ainsi d'abdominales, devenir pelviennes.

Mais le mésentère est un ligament mobile, permettant à l'intestin de se mouvoir sur lui-même, de changer ses rapports

et d'écarter les deux feuillets séreux lorsqu'il est plein. Il soutient les artères, les veines, les nerfs, et les chylifères destinés à verser dans l'économie le produit de la digestion intestinale, d'où les troubles de dénutrition rapides, consécutifs aux tumeurs du mésentère, l'intoxication possible par les pansements iodoformés après intervention sur ces tumeurs. En terminant, résumons les conclusions des expériences faites par Gérard-Marchand, citées dans la thèse de Collet, dans le but de rechercher la limite de distension des feuillets du mésentère : décollement facile au niveau de l'entrée de la mésentérique supérieure, devenant au contraire limité, partiel dans les points avoisinant la portion en manchette du mésentère. La tumeur a toujours une forme allongée.

Nous ferons remarquer qu'étant donnée la constitution anatomique du mésentère, quantité de productions pathologiques pourront s'y trouver ; mais le mésentère est, comme on l'a dit, une véritable éponge lymphatique, et n'hésitant pas à considérer comme exacte l'opinion des anciens auteurs, nous considérerons l'appareil chylifère comme jouant le rôle essentiel au point de vue pathologique, comme au point de vue physiologique.

Augagneur, dont le travail est pourtant remarquable, ne mentionne pas les kystes chyleux du mésentère ; on peut faire le même reproche à Collet. Cependant, ces deux auteurs parlent l'un de lymphangiomes, l'autre de kystes ganglionnaires, qui ne sont en réalité que des modalités du kyste chyleux. Cette fréquence des kystes chyleux parmi les autres kystes du mésentère, est aujourd'hui indiscutable ; Hahn la prévoyait déjà dans son article du *Berl. Klin. Wosch.*, en 1887.

CHAPITRE III

DÉFINITION

Nous modifierons un peu la définition de Klefstadtt-Sillonville : « Productions kystiques, dont la structure de la paroi révèle l'origine lymphatique, et dont le contenu absolument caractéristique consiste en un liquide rappelant en tous points le chyle. » Tout en admettant que cette définition peut convenir à la généralité des cas, nous reconnaissons qu'elle est trop étroite. Certains kystes chyleux par rupture de chylifères n'ont pour paroi que les feuillets du mésentère lui-même doublés de tissu cellulaire. En outre, certains kystes, chyleux cependant, puisque l'analyse chimique démontre dans leur contenu les éléments du chyle, ne contiennent pas un liquide rappelant en tous points le chyle, mais bien une substance pâteuse analogue au mastic des vitriers, une bouillie, etc., ou bien un liquide chocolat, épais, visqueux par suite d'hémorragies. Pour nous, sera kyste chyleux, toute production incluse dans les feuillets du mésentère, et contenant du chyle ou une substance provenant du chyle et dans laquelle nous retrouverons les éléments du chyle, en tout ou en partie. » Nous ne partagerons point l'opinion de Wœrth qui refuse aux tumeurs décrites par Péan, la désignation de kystes du mésentère, parce que de l'histoire de ses opérations, il ressort que ces tumeurs étaient rétropéritonéales, situées à la paroi abdominale postérieure. Le diagnostic de ces tumeurs, toujours

délicat, deviendrait impossible, si l'on devait se préoccuper de savoir si ces tumeurs sont situées dans les limites normales des replis du mésentère et nées entre ces deux feuillets. Comment distinguer par exemple un kyste par ectasie de la citerne de Pecquet (c'est-à-dire rétropéritonéal), d'un autre dû à la rupture d'un chylifère ?

Pour donner une idée de la question que nous voulons traiter, nous donnons ici quelques observations.

Observation Première

(Recueillie dans le service du docteur Massot)

Eugénie F..., 24 ans, rentre le 6 février 1904 dans le service de chirurgie. Elle se plaint d'une tumeur au bas-ventre qui, depuis quelque temps, lui occasionne de temps en temps quelques douleurs, et rapporte à cette tumeur l'amaigrissement et la faiblesse qui sont survenus en même temps.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladies, sans jouir cependant d'une santé florissante. Mariée depuis trois ans, son mari est atteint de tuberculose. En mars 1901, elle a eu un premier accouchement qui s'est bien passé ; un second en juillet 1903, qui a été très laborieux ; l'enfant s'est présenté par la tête. Depuis cette date, elle a souffert du ventre ; elle a présenté des pertes blanches en abondance, qui ont aujourd'hui à peu près disparu ; depuis lors, elle a commencé à s'affaiblir et à maigrir. Ses règles sont revenues lentement, défectueuses et irrégulières.

Etat actuel. — L'état général est mauvais ; d'apparence chétive, d'un aspect souffreteux, la malade est pâle, maigre, anémiée, affaiblie. Ses yeux sont cernés, sa peau terne, moite et froide. Son pouls est faible et un peu accéléré, plutôt de

l'hypothermie. Son caractère est plutôt gai néanmoins. Elle est rentrée à l'hôpital pour être bien soignée. La grosseur qu'elle a découverte dans son bas-ventre n'a attiré son attention que par une sensation de pesanteur et de tiraillements ; elle n'a jamais occasionné de douleurs violentes. Depuis trois mois qu'elle s'en est aperçue, cette grosseur n'a guère augmenté. Depuis quelque temps cependant, quelques accès de douleurs sont survenus, et la malade a remarqué qu'ils sont plus fréquents après les repas, ou après la marche. De temps en temps, à l'occasion d'un faux mouvement, elle ressent une douleur brusque s'irradiant dans le ventre, comme une colique. Son aspect est caractéristique quand elle marche : à pas comptés, un peu courbée en avant, elle soutient son bas-ventre de ses deux mains. Elle a remarqué que ses envies d'uriner sont plus fréquentes, et elle urine peu ; de temps en temps il lui semble qu'elle doit aller à la selle, mais elle ne fait rien ; elle a un peu de pesanteur à l'anus. La constipation est habituelle chez elle, elle passe plusieurs jours sans aller à la garde-robe. Elle n'a plus d'appétit, et fréquemment elle a envie de rendre. Elle n'a jamais toussé ; l'auscultation des poumons ne révèle qu'une légère diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles.

Examen de la tumeur. — Le ventre est légèrement ballonné, pas de vascularisation anormale ; nombreuses vergetures. La malade est couchée horizontalement, les cuisses fléchies et en abduction, le bassin soulevé.

1° Palpation : Ne provoque aucune défense, se fait sans douleur. On constate une tumeur semblant siéger dans la paroi même. Elle s'élève du pubis jusqu'à cinq centimètres au-dessous de l'ombilic. Elle est médiane et se développe symétriquement, elle donne la sensation d'une vessie distendue par l'urine ; globuleuse et lisse, elle est très bien délimi-

table, et avec la pulpe des doigts, on peut suivre les bords très nets.

2° Percussion : Donne une matité contrastant avec la sonorité des parties adjacentes ; cette matité a quelque chose de spécial, ce n'est pas le *tanquam percussi femoris ;* elle donne une sensation de rénitence. La fluctuation n'est pas facile à obtenir.

Pour éviter toute source d'erreur, nous sondons cette femme, et nous retirons quelque peu d'une urine claire, dont l'examen est resté négatif. La tumeur persistant, nos recherches se portent du côté de l'utérus. Le toucher pratiqué avec les soins voulus, nous montre des culs-de-sac normaux, le col normal est un peu en arrière ; l'utérus est très mobile. En pratiquant la palpation combinée au toucher, nous constatons que la tumeur est très mobile avec le col utérin, et nous lui communiquons facilement des mouvements d'ascension et de descente, qui ne se communiquent pas aussi facilement de la tumeur à l'utérus. Les mouvements transversaux sont très limités. Un examen au spéculum nous montre le col un peu basculé en arrière avec une déchirure cicatrisée à droite. L'hystéromètre donne 7 cent. ; donc, cavité normale ; comme il n'y a pas eu de métrorragies, l'idée d'un fibrome est écartée ainsi que celle d'un utérus en subinvolution ou d'une grossesse. Diagnostic incertain.

Le lendemain, 7 février, le chef de service, M. Massot, fait les mêmes constatations que mon ami Vignes et moi avions faites la veille ; elles sont acceptées par les docteurs Lutrand, Arrous et Puig-Ametller. La fluctuation dont nous n'étions pas sûrs est nettement trouvée par M. Massot seul. Chacun émet son appréciation, et la présence d'un rein flottant n'étant guère admissible dans cette région, la disposition exactement symétrique de la tumeur ne se prêtant guère à cette supposition, les avis émis furent qu'on avait affaire soit à un kyste

de l'ovaire, quoique le cas ne fût guère classique, soit à un fibrome de la paroi, soit à un lipome du grand épiploon. Le chef de service n'accepta pas ces avis, et resta incertain quoique affirmant la fluctuation.

11 février. — La tumeur n'a pas sensiblement augmenté de volume, la malade n'a pas trop souffert, elle est restée couchée. On a fait un examen plus approfondi ; en voici le résultat :

Ce n'est pas une tumeur de la paroi : ces tumeurs sont toujours unilatérales ; on les recontre bien chez des femmes jeunes ayant accouché, c'est ici le cas, mais la tumeur mobile dans la paroi, quand celle-ci est relâchée, devient fixe et saillante quand elle se contracte. Ici la tumeur reste toujours mobile ; de plus, en faisant faire à la malade des mouvements forcés d'inspiration, un point marqué sur la partie la plus élevée de la tumeur ne se déplace pas (signe de Tillaux).

Ce n'est pas probablement un kyste de l'ovaire, car latéraux en général, ils ne tendent à devenir médians que lorsqu'ils ont acquis un certain volume ; si c'était un kyste inclus, nous aurions une saillie dans les culs-de-sac vaginaux avec fixité du pôle inférieur ; de plus, nous transmettons très sensiblement à la tumeur les mouvements imprimés à l'utérus, ce qui ne s'obtient pas pour les kystes de l'ovaire ; en outre, le ventre ne pointe pas en avant. Quoique les autres symptômes se rapportent aussi bien à ces kystes, on élimine cette probabilité.

Si nous avions affaire à une péritonite tuberculeuse enkystée ? Mais elle survient presque toujours chez des tuberculeux, or nous n'avons rien constaté chez notre malade qui puisse nous faire croire à une tuberculose. De plus, c'est une tumeur adhérente, immobile et bosselée ; le liquide donnerait une sensation de flot plus nette, la douleur à la pression profonde serait plus sensible.

Les tumeurs de l'épiploon, ont pour siège de prédilection le

flanc gauche, où elles sont plus à l'aise ; en admettant qu'un lipome se soit développé dans cette région (ils offrent en effet quelques-uns des signes de notre tumeur), on admet généralement comme pathognomonique la disposition étalée en plaque, l'irrégularité de la tumeur, bosselée, irrégulière, ici ligneuse, là fluctuante et ce n'est pas notre cas. Personne ne pensait à la véritable nature de la tumeur, et M. Massot décida pour éclairer le diagnostic de procéder à une ponction exploratrice.

Après avoir pris le point central de la tumeur, et s'être assuré de sa matité, on procède à l'asepsie de la région, et avec le trocart le plus fin de l'appareil Potain, on fait une ponction qui donne issue à environ 1 litre d'un liquide blanc laiteux, un peu jaunâtre. On ferme la plaie par un pansement occlusif, et la malade étant un peu énervée, le chef de service la fait transporter dans son lit.

Il devenait évident que nous avions affaire à un kyste chyleux du mésentère ; la ponction pouvait suffire à la guérison, mais aussi le liquide pouvait se reformer. Comme nous avions là une explication de l'état cachectique si prononcé de la malade, M. Massot trouva logique de mettre un terme à cet état, d'empêcher cette déperdition du chyle, cette formation de la poche, et les troubles consécutifs. On décida l'extirpation de la poche.

14 février. — La température est restée normale, la malade présente une légère amélioration. On en profite pour l'opérer. Position de Trendelenburg. Chloroforme. Prompte anesthésie. Après tous les préparatifs aseptiques voulus, une incision médiane partant un peu au-dessous de l'ombilic jusqu'au dessus du pubis, permet d'arriver couche par couche jusque sur le péritoine. On écarte les bords de la plaie, l'épiploon réduit à l'état d'un mince feuillet est écarté, et l'on arrive sur les anses intestinales qui sont maintenues à l'aide de serviettes chaudes. La recherche de la poche est laborieuse. Après un certain

temps de recherches, on la trouve vers la partie inférieure de la masse intestinale. On la saisit avec une pince utérine, et on l'attire petit à petit, en refoulant les anses au fur et à mesure qu'elles se présentent. On se trouve en face d'une poche flasque et ratatinée, jaunâtre, comme chiffonnée sur elle-même, et on a l'impression que cette poche doit être élastique, car dans l'état où elle apparaît, on a peine à se figurer qu'elle ait pu contenir un litre de liquide. Cette poche n'est que le mésentère lui-même. Elle s'est développée aux dépens du feuillet droit, tandis que le gauche servait de base. Cette poche semble s'implanter par un large pédicule du diamètre d'une pièce de cinq francs et plus, sur un segment de mésentère appartenant à une circonvolution grêle qui l'entoure comme une collerette. On conçoit maintenant que cette tumeur pleine de chyle devait affecter une forme oblongue. Allongée d'avant en arrière avec une grosse extrémité en avant, elle venait se mettre en rapport avec la paroi abdominale en rejetant les anses intestinales autour d'elle. Cette poche est sans adhérence avec les tissus avoisinants, et absolument indépendante. On place une pince clamps au ras du pédicule pendant qu'un aide tire légèrement sur la tumeur en haut et en avant. Le chirurgien fend au ciseau le sommet du sac, et place en triangle trois pinces pour maintenir l'ouverture béante. On voit l'intérieur de la poche sillonné de plicatures, mais à l'aspect lisse et brillant, de coloration jaunâtre, absolument analogue à la tunique interne d'une aorte. On éponge soigneusement cette cavité du liquide qu'elle contient encore en petite quantité, tout en ayant soin de ne pas souiller le péritoine, et on résèque tout ce que l'on peut de la poche. Les bords ainsi formés sont suturés aux lèvres de la plaie abdominale, en un seul temps, en comprenant poche, péritoine, muscles et peau. La cavité ainsi formée est bourrée à la gaze iodoformée, qu'on pourra en vue du drainage, remplacer par de gros drains.

14 février soir. — Après injection de 500 cc. de sérum, la malade repose. T., 38°6 ; P., 100.

15 février matin. — Malade calme. P., 90 ; T., 37°1 ; soir, T., 38°2 ; P., 120.

16 février matin. — T., 37° ; P., 112 ; soir, T., 37°1 ; P. 120. La malade ne peut rien absorber. Des vomissements verdâtres ont apparu. La constipation ne cède pas à des lavements glycérinés.

17 février matin. — T., 37° ; P., 108 ; soir, T., 37°3 ; P., 120. L'état général n'est pas mauvais, mais l'estomac rejette même le champagne et la glace. La malade émet quelques gaz, le ventre est légèrement ballonné. Vers la nuit on administre lavement d'eau salée à garder à 30/500.

18 février. — La nuit a été agitée ; vomissements répétés, pas de selles, mais quelques gaz. Matin : Pouls petit à 120. T., 37°. On ordonne en plusieurs fois pour la journée 2 litres de sérum en lavement avec V gouttes de laudanum. 2 verres de chartreuse sont tolérés.

Après le premier lavement, la malade rend par le rectum un quart de litre environ de sang rouge.

Soir : T., 38°6 ; P., 125. Jusqu'ici la malade, très affaiblie, n'a pas éprouvé de douleur. Le ventre était très palpable, et n'éveillait pas de contracture ni de défense. Tout d'un coup les douleurs devinrent intolérables, et nécessitent 1 cc. de morphine. Peu de temps après, le pouls devient filiforme et demande l'injection de caféine. Vers 11 heures du soir, morphine encore.

19 février. — Matin : T.; 36°3 ; pouls petit incomptable, extrémités refroidies. Nous lui faisons 500 cc. de sérum et une injection d'éther. A la visite, on se demande si la gaze iodoformée laissée dans la cavité ne comprime pas l'intestin, et on l'enlève. Vers 10 heures, la malade qui avait toute sa

connaissance, nous exprimait son espoir de guérir, et nous ne nous attendions pas à la mort subite qui l'enleva à midi.

A l'occasion des pansements rares pratiqués, on n'a jamais noté de chylorragie.

Autopsie. — Le péritoine ne présente aucune trace de suppuration ou d'inflammation. Les anses intestinales apparaissent noires et distendues au-dessus d'un certain point, flasques et affaissées au-dessous Nous nous rendons compte des phénomènes observés pendant la vie en découvrant dans le flanc droit, un volvulus que nous avons eu toutes les peines du monde à défaire. Nous avons dû pour cela, dérouler tout l'intestin. Ce volvulus siégeait vers le quart supérieur de l'intestin grêle.

L'examen de la poche ne fut pas fait ; il fut noté que la paroi du kyste n'étant pas très riche en vaisseaux, peu de sang s'échappa au moment de l'incision. Elle était épaisse de 2 à 3 millimètres, mais cette épaisseur variait sur différents points. Nous avons déjà fait remarquer qu'elle était plicaturée. La surface interne était jaune rosée, rappelant celle de l'aorte, par exemple ; d'ailleurs la partie incisée de la poche faisait un peu penser à la paroi d'une artère, car sur la table, elle avait une tendance à se recroqueviller. La tranche de la paroi avait une apparence fibrillaire, et semblait formée de travées. L'examen du liquide contenu montre indubitablement qu'on avait affaire à du chyle. Après la lecture de diverses observations, nous avons comparé ce cas à celui de Letulle (voir anatomie pathologique).

Observation II

(Flœrsheim. — Service de Reynier, hôpital Tenon)

Femme L..., âgée de 31 ans ; entre à l'hôpital Tenon avec signes manifestes d'occlusion intestinale. De taille moyenne,

paraissant vigoureuse, a considérablement maigri depuis quelques jours. Réglée à 16 ans d'une façon normale ; rien dans les antécédents.

A la fin de février 1893, elle est obligée de lutter contre une constipation opiniâtre, qui s'est installée brusquement. Depuis le 14 mars, les selles n'ont pas reparu ; quelques vomissements bilieux et alimentaires de temps à autre ; ventre météorisé sensible à la pression dans toute son étendue. Un médecin, après avoir épuisé les ressources thérapeutiques usitées en pareil cas, adresse la malade à Tenon.

A son entrée, aspect extérieur des affections péritonéales, traits tirés, pommettes saillantes, face rouge couverte de sueur.

Voix presque éteinte ; respiration lente, par saccades ; des vomissements bilieux et alimentaires contribuent à fatiguer la malade qui vomit 1 heure après ingestion. De temps en temps, quelques vomiturition verdâtres, porracées. Impossibilité d'aller à la garde-robe, d'émettre des gaz. Ventre très douloureux, très ballonné. Sonorité tympanique, sauf dans la région ombilicale où l'on trouve un degré de submatité qui se maintient durant la maladie. La recherche d'une tumeur ne donne aucun renseignement. Pouls petit, filiforme, à peine perceptible ; hypothermie. Urines rougeâtres sédimenteuses.

Le diagnostic d'occlusion intestinale, auquel il était facile de se rattacher, resta en suspens au point de vue étiologique (bride péritonéale ; réserves pour rétrécissement cancéreux).

Traitement. — 29 mars : lavement électrique. Au bout de 8 minutes, débâcle considérable, qui se reproduit deux fois dans l'après-midi. Soulagement considérable. Tonique, glaces à l'intérieur.

30 mars. — Deux garde-robes, grâce à deux lavements glycérinés.

31 mars. — Etat général amélioré ; pas de vomissements (brides péritonéales avec parésie intestinale ?).

2 avril. — Nouveaux vomissements fécaloïdes, facies plus altéré ; pouls petit, filiforme ; lavement électrique sans résultat.

3 avril. — Selles spontanées. Mieux.

6 avril. — Etat général plus mauvais, nouveaux vomissement fécaloïdes ; on décide anus contre nature en croyant à la possibilité de lésion néoplasique, à refermer plus tard une fois la maladie jugée.

7. — Reynier établit un anus iliaque selon le procédé de Mayl : il se produit une débâcle par ouverture

8. — La malade va bien.

13. — Selles par en bas et par anus contre nature. La malade reprend un peu de mine ; l'appétit revient, le pouls est plus fort.

19. — Décès brusque à 2 heures et demie du soir, au milieu d'un état général bien meilleur qu'à l'entrée.

Autopsie. — Grand épiploon mince non altéré. Au-dessous intestin extrêmement ballonné, surtout au niveau du còlon ; teinte noirâtre au-dessous de l'anus contre nature ; celui-ci est déjà adhérent. On a désinséré les bords, pour pouvoir mobiliser l'intestin. Pendant les recherches de l'obstacle, on trouve dans la fosse iliaque droite un tumeur bizarre qui empiétait un peu sur la ligne médiane de forme ovoïde à grand diamètre vertical, du volume d'une tête de fœtus à terme, couchée sur la partie supérieure du cæcum qu'elle comprime avec force ; celui est en arrière à droite. Couleur blanc grisâtre ; fluctuation analogue à celle du lipome, mais non exactement comparable ; conserve l'impression du doigt sous forme de godet, qui peu à peu revient sur lui-même. Assez régulièrement arrondie, présente toutefois à son pôle inférieur 2 ou 3 bosselures où la fluctuation est plus nette. En avant,

anses intestinales très dilatées, très fortement agglutinées, reliées les unes aux autres par de fausses membranes blanchâtres, vestiges probables de vieilles poussées péritonitiques. En avant et à gauche, utérus et annexes sains ; semblait pédiculisé à sa partie supérieure sous forme d'un cordon dur et fibreux se dirigeant obliquement en haut, en arrière, à gauche, accompagné par une veine, colique dilatée, jusqu'à la deuxième ou troisième lombaire, où il semblait prendre insertion. Il s'agissait d'un kyste du mésentère développé entre les deux lames de ce méso ; le bord postérieur du méso, tiraillé, allongé par le poids assez considérable du kyste, simulait ce long pédicule fibreux. L'incision de la poche, à paroi assez épaisse, donna issue à une matière blanchâtre, sébacée, ayant l'aspect du mastic, ou plutôt d'une crème demi-molle ; une partie était complètement liquide et ressemblait à du lait ; c'est elle qui, allant au fond de la poche, donnait lieu à la fluctuation.

Analyse. — Liquide d'apparence laiteuse, non coagulable, formant deux couches quand on le laisse reposer ; la couche supérieure donne des matières grasses en plus grande quantité.

L'examen histologique de la paroi n'a pas été pratiqué : l'aspect seul de la tumeur et de son contenu, l'analyse chimique, prouvent qu'il s'agissait d'un kyste chyleux du mésentère à siège primitivement supérieur et progressivement descendu jusque dans la fosse iliaque droite.

Observation III

(Tuffier, 1er cas. — Société de chirurgie, 27 juillet 1892. — *Bulletin Médical*)

Un homme de 48 ans, s'aperçoit brusquement le 22 novembre 1891 qu'il porte une tumeur de l'abdomen. Des signes de péritonite et d'occlusion intestinale éclatent dès le lende-

main et le font entrer à l'hôpital Beaujon. Tumeur mate du volume d'une tête de fœtus, lisse, arrondie, mobile dans l'abdomen. Laparotomie le 3 décembre. Kyste occupant toute la hauteur du mésentère, à contenu blanc laiteux. Ponction évacuant un liquide absolument semblable à de la crème. Incision du mésentère ; énucléation difficile de tout le kyste. Suture des feuillets antérieurs du mésentère. Guérison ; pas de récidive.

Analyse chimique. — Composition du chyle humain.

Paroi. — Tissu fibreux sans revêtement épithélial.

Observation IV

(Tuffier, 2e cas)

Garçon de 12 ans : kyste multiloculaire ; 2 poches contenant un liquide franchement séreux ; deux autres contenant 2 litres de chyle. Les adhérences sont telles que la poche doit être drainée. Cet enfant est en très bon état. L'affection remontait à plusieurs années, elle se caractérisait par des signes d'obstruction intestinale.

Pour Tuffier, il est probable qu'il s'agit là de kystes congénitaux.

Observation V

(Cas de Fochier. — Société de chir. de Lyon. *Revue de chirurgie*, 1902)

Une fillette est prise brusquement d'une douleur abdominale, avec tumeur dans la fosse iliaque gauche, du volume d'une tête de fœtus environ, juxtaposée à la paroi abdominale sans trace de sonorité entre elle et l'arcade fémorale. Du côté droit, tumeur semblable, mais plus profonde, plus malaisément perceptible. Diagnostic très hésitant : double kyste de

l'ovaire. Opération 24 heures plus tard. Dès le début de l'anestésie, la tumeur se rompt sans aucune manœuvre d'exploration. Dès l'ouverture du péritoine, on voit une anse intestinale à laquelle adhèrent des débris de poche, et à côté, deux autres kystes à contenu laiteux. La poche rompue laisse voir une cavité anfractueuse qui remplissait le mésentère. Excision de la plus grande partie de la poche. Points de suture au nombre de 2 ou 3 pour capitonner ; fermeture hermétique de la poche. Même traitement pour les deux autres kystes. On essuie avec des tampons le liquide répandu dans le péritoine ; fermeture très complète de la paroi, mèche. Vers le cinquième jour, un peu de fièvre, les tumeurs grossirent, et le 11e jour, on fit deux petites incisions à travers les droits, on attira les poches qu'on sutura à la peau et on draina. Au bout d'un mois, cicatrisation complète. Début d'éventration au niveau des cicatrices. L'application d'une ceinture bien faite amena la guérison

Observation VI

(O' Conor)

M. X..., âgé de 41 ans, directeur d'une maison de commerce, vint me consulter, le 2 septembre dernier, se plaignant d'une tumeur dans l'abdomen. Voici son histoire.

Antécédents. — Déjà il avait été pendant deux ans, et cela chaque matin, prédisposé aux vomissements. Sa bouche était mauvaise constamment, son haleine infecte, et souvent une douleur lancinante lui traversait l'abdomen. En juin dernier, après avoir accompli une promenade à cheval de dix milles, la douleur avait été si vive qu'il avait dû se coucher et garder le lit pendant trois jours.

En juillet, il fit un voyage en mer et souffrit continuellement

de cette douleur, mais le mal de mer peut bien en avoir été cause. Durant le mois d'août, une bonne et importante affaire l'appela à Buenos-Ayres. Cette affaire fut cause qu'il se donna beaucoup de mouvement. Pendant ce temps, la douleur ne cessait pas de le faire souffrir. De plus, son envie de vomir persistait, ainsi que l'haleine fétide. Un jour, à la fin du mois d'août, en descendant de voiture, il fut en proie à la plus terrible des douleurs, et le lendemain matin, il ne put se lever. Il ressentait un poids au-dessous du côté droit du nombril.

Un docteur fut appelé et, le lendemain, donna une consultation. Il lui dit qu'il avait une tumeur, qu'il devait s'astreindre à une rigoureuse diète, garder le lit et ne pas prendre de purge.

Le lendemain le docteur lui dit qu'il avait un kyste hydatique et qu'il fallait intervenir chirurgicalement.

Examen du malade. — 2 septembre : Je remarquai une protubérance bien visible entre l'ombilic et le pubis. A la palpation, je trouvai une tumeur bien limitée, tendue et mobile, unie à sa périphérie et de la grosseur environ d'une noix de coco. Je remarquai d'une façon particulière que la palpation le faisait cruellement souffrir, si bien que je cessai de rechercher la mobilité de la tumeur.

La langue était chargée, l'haleine mauvaise ; la température et l'urine étaient normales, les autres organes sains. Il n'avait rien eu auparavant, si ce n'est sa constipation habituelle et des attaques accidentelles d'asthme. Les antécédents de sa famille étaient excellents.

Je lui dis qu'il avait, à n'en pas douter, une tumeur, mais que je ne pouvais en connaître la nature, et qu'enfin j'étais à peu près sûr qu'elle contenait du liquide. Je lui conseillai d'entrer à l'hôpital afin qu'il pût être mieux examiné. Il y entra le 7 septembre.

Le matin suivant, on lui vida la vessie et on lui administra

le chloroforme, et lorsqu'il eut quitté ses vêtements, nous trouvâmes une tumeur mobile en tous les sens. Avec l'aide de mon collègue, le docteur Shadboldt, je fis une incision de 3 pouces sur la ligne médiane, au niveau de la tumeur, et je mis à nu la cavité abdominale. Je remarquai immédiatement que la paroi du kyste différait de celle d'un kyste hydatique, laquelle est d'aspect gris sale et sur laquelle s'étalent de très nombreuses ramifications de grosses veines, comme dans le sarcome. La tumeur fut tirée de la cavité péritonéale jointe au mésentère dans lequel elle s'était formée. Avec ce dernier, je tirai encore 4 pouces d'intestin grêle. Nous l'examinâmes attentivement pour savoir si nous pouvions l'extirper, mais comme elle était très adhérente aux deux feuillets du mésentère et qu'il fallait lier de nombreux vaisseaux, nous décidâmes de la vider.

Nous introduisons dans le kyste un trocart de taille moyenne et une demi-pinte d'un liquide laiteux fut retirée. L'ouverture faite avec le trocart fut élargie et la moitié antérieure de la circonférence coupée avec les ciseaux. De nombreuses grosses veines ayant été liées, la masse tout entière fut replacée dans l'abdomen et les bords du kyste furent suturés à la plaie de la paroi avec un long fil de soie. Le reste de la plaie fut suturée avec des fils de soie, et la cavité du kyste bourrée de gaze iodoformée.

Après l'opération, il vomit pendant 48 heures, et cela constamment ; mais les vomissements cessèrent le troisième jour. La plus haute température après l'opération fut de 39°5.

Les sutures furent défaites le cinquième jour, et le quatorzième jour la cavité fut de niveau avec la plaie de la paroi.

La douleur, l'envie de vomir et l'haleine mauvaise disparurent complètement ; deux semaines après, il en fut délivré. Il dit qu'il ne s'était jamais trouvé si bien depuis deux ou trois ans.

Le docteur Welchli eut l'amabilité d'examiner le liquide au microscope et il trouva que ce n'était que du chyle ordinaire.

En me rapportant au traité de M. Trèves, j'ai trouvé que seulement dix-neuf cas de kystes du mésentère ont été cités, dont 11 furent guéris après opération. Les autres interventions furent malheureuses. La situation et la mobilité de la tumeur ont été bien remarquées par ce médecin, mais il dit qu'elles sont indolores. Dans le cas présent, la douleur fut un des symptômes les plus pénibles.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *Siège*.— Etant donnée la disposition anatomique du mésentère, il est facile de prévoir que ce siège sera très variable. Les kystes trouvent plus de facilité pour leur développement, dans le tissu cellulaire de la racine du mésentère ; mais lorsqu'ils ont acquis un certain volume, ils peuvent arriver jusqu'au bord intestinal, car ils sont gênés dans leur marche en arrière par la paroi abdominale postérieure existante. Si nous nous rapportons aux observations, nous voyons qu'on les a trouvés : au milieu de la région ombilicale (Kuster, Ducasset, von Bergmann, Mendès de Léon, Tuffier) ; à droite du nombril (Tillaux, Trombetta, Fenomenoff) ; entre le pubis et l'ombilic (Solman, Carson, Massot) ; depuis le pubis jusqu'à l'ombilic (Rasch), et le dépassant (Gusserow), jusque dans l'hypochondre droit (Demons) ; à l'entrée du bassin (Wœrth, Roth) ; au-dessus et à gauche du détroit supérieur (Rubeska) ; dans l'hypochondre droit (Winiwater) ; sur la face droite dans l'angle de réunion avec le feuillet inférieur du mésocolon transverse, près de l'insertion vertébrale (Weichselbaüm) ; dans les fosses iliaques gauche et droite (Fochier). Enzmann en a rencontré un situé contre la colonne vertébrale, à un centimètre au-dessus de l'artère rénale droite ; il écartait les piliers moyens du diaphragme et faisait saillie dans la plèvre du côté droit. Immédiatement au-dessus du diaphragme, il proéminait vers

la droite et refoulait à gauche l'aorte descendante qui lui était accolée de ce côté. Dans un cas de Hlava où il y avait plusieurs kystes, l'un d'eux du volume d'une pomme, et de consistance ferme, se trouvait à la réunion de la partie horizontale avec la partie descendante du duodénum, et, occasionnait un rétrécissement de celui-ci à ce niveau, en même temps qu'une dilatation de sa partie supérieure, ainsi que de l'estomac. Un cas intéressant est celui de Reynier, où un kyste de forme ovoïde, du volume d'une tête de fœtus, couché sur la partie supérieure du cæcum, en avant et à gauche de lui, détermina des phénomènes d'occlusion intestinale.

Volume très variable. Il y en a de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une orange, d'une tête de fœtus à terme : d'autres emplissent la cavité abdominale au point de gêner le jeu du diaphragme. Ils sont uniloculaires, multiloculaires ou pauciloculaires. Leur forme est sphéroïdale ou allongée, ce qui est conforme aux expériences de Gérard-Marchand ; la plupart des auteurs insistent sur la sensation de tumeur globuleuse, lisse, résistante, arrondie. Lorsque la tumeur est très volumineuse (tête d'adulte), les feuillets du mésentère peuvent être séparés à tel point que la tumeur devient libre dans la cavité abdominale.

Rapports. — Peu volumineux, le kyste flotte librement au milieu des anses intestinales et du grand épiploon. Toute cette masse le recouvre, et il peut passer inaperçu. En se développant, il écarte tout ce qui le gêne ; les anses intestinales sont repoussées en avant, et tant qu'ils restent de moyen volume, ces anses sont interposées entre eux et la paroi. Si le volume devient excessif, les anses intestinales peuvent être déjetées sur les côtés, unies entre elles par des adhérences, et le kyste arrive au contact de la paroi antérieure de l'abdomen, avec laquelle il peut présenter des connexions adhésives ainsi qu'avec le grand épiploon aminci. Quelquefois, les anses

intestinales sont tassées entre la paroi et la tumeur, ce qui rend la ponction dangereuse. Les adhérences peuvent encore s'établir avec les organes voisins, tantôt si minces et si lâches qu'elles peuvent se décoller avec le doigt ; tantôt dures, épaisses, résistantes, elles rendent l'énucléation impossible. En même temps, la richesse du mésentère en vaisseaux s'accroît sous le rapport du calibre, du nombre, des anastomoses, surtout du côté du système veineux. De grosses veines rampent sur la tumeur, surtout vers le pédicule, et peuvent rendre l'opération très sanglante. Cependant certains chirurgiens sont arrivés à décortiquer la tumeur en évitant toute hémorragie profuse.

Poche kystique

Cas de Wœrth. — La tumeur s'élève d'un segment de mésentère appartenant à une circonvolution de l'intestin grêle ; elle est enveloppée par l'un des feuillets du mésentère, tandis que l'autre lame figure la base par laquelle s'élève la tumeur. La paroi du kyste est en certains endroits mince et transparente et présente une texture serrée. Dans sa plus grande partie elle possède une épaisseur de 2 à 4 millimètres, et sur la coupe la structure en est manifestement lamellaire. Entre ces lamelles nombreuses se voient déjà macroscopiquement, sous forme de fentes, des espaces creux, qui sont remplis d'une matière jaunâtre, friable qui en sort facilement et laisse derrière elle une surface lisse et unie.

Microscopiquement, l'élément structural prédominant est le tissu conjonctif qui forme une couche épaisse et large ; dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs se trouvent des fissures où sont entassées des cellules rondes et polygonales de grosseur variable. Toutes ont un noyau petit et rond. La minorité contient un protoplasma granuleux ; dans la majorité, ce protoplasma est remplacé plus ou moins par de la graisse, quel-

quefois sous forme de fines granulations, le plus souvent en gouttes remplissant entièrement le corps des cellules. Les plus grandes fissures remplies par ces cellules sont tantôt non divisées, tantôt partagées par des travées de tissu conjonctif, formant un système de mailles. Endedans de la couche moyenne de la paroi, par places et sur une petite étendue, enchevêtré au milieu du réseau du tissu conjonctif, se trouvait un tissu lymphatique, sous forme d'un tendre et mince réticulum avec quelques cellules rondes dans leur intérieur. Quelquefois les mailles de ce treillis étaient vides ou présentaient encore le reste d'un réticulum mince et fragile. La paroi est parsemée de nombreux vaisseaux, *mais ne présente nulle part de cellules épithéliales.*

Cas de Solman. — Tumeur globuleuse grande comme la tête d'un nouveau-né, uniloculaire, à surface interne lisse. La surface externe de la poche est réunie aux organes voisins par du tissu conjonctif lâche, et dans plusieurs endroits, elle adhère plus solidement au péritoine et aux ganglions lymphatiques. L'épaisseur de la paroi n'est pas uniforme. Elle est en général de 1/4 mill. à 1 mill., mais on voit par places des îlots de 3 à 4 mill. A l'œil nu, la poche se présente comme une membrane fibrineuse, blanche, solide.

Le râclage de la surface interne ne donne que par places *une ou plusieurs cellules épithéliales plates, semblables à l'endothélium des membranes séreuses.* Noyau unique à contours peu marqués : autour de lui, quantité relativement petite de protoplasma. Les coupes faites dans toutes les directions montrent que la poche est constituée par un tissu conjonctif fibrineux assez serré et contenant par places un nombre considérable de cellules semblables aux cellules ambulantes. Elle possède en général peu de vaisseaux. Ce tissu conjonctif diffère du tissu conjonctif ordinaire en ce que partout il contient

une grande quantité de vastes espaces lymphatiques sous forme de fentes, et beaucoup de foyers de tissu cytogène.

a) Les fentes lymphatiques sont tapissées soit par une couche unique d'endothélium plat, soit par une couche de cellules plates isolées ; elles ne possèdent pas d'autres parois propres. La forme de ces espaces est très irrégulière, ainsi que leur direction. Dans l'intérieur se trouvent des cellules semblables aux globules sanguins décolorés, tantôt en groupe, tantôt isolées. On y trouve aussi des gouttelettes graisseuses. Sur quelques coupes, la lumière de ces espaces se réunit à la lumière du kyste.

b) Les foyers de tissu cytogène sont de forme ovalaire ou lenticulaire. Ils présentent un réticulum bien distinct tout à fait semblable au réticulum des ganglions lymphatiques. Dans ses mailles, une grande quantité de cellules semblables aux cellules ambulantes. Le pourtour ou le centre de ces foyers est traversé par de vastes sinus lymphatiques dans lesquels on rencontre par place des gouttelettes graisseuses.

Cas de Tillaux. — La paroi est dure et fibreuse, d'inégale épaisseur ; l'épaisseur moyenne est de 5 mill. Elle présente de véritables bourrelets durs sur certains points. Doublée sur sa face externe par le péritoine, elle paraissait doublée à sa face interne d'une véritable muqueuse, membrane lisse, mais sinueuse, comme ridée, résistante et sans trace apparente d'altération à l'œil nu. Le grattage de cette surface à l'état frais n'a *pas donné de cellules épithéliales.*

La paroi est composée de plusieurs couches d'aspect différent :

Une couche interne, directement en contact avec le contenu du kyste ; elle est rosée, homogène et renferme peu d'éléments cellulaires, quelques blocs arrondis et translucides évidemment constitués par de la graisse.

Une couche moyenne : les éléments cellulaires y sont plus

nombreux, affectant la disposition générale du tissu lymphatique. On y voit de nombreux espaces lymphatiques dilatés contenant une quantité de gouttelettes de graisse et aussi de nombreux vaisseaux sanguins dilatés, à parois épaissies, fibreuses en certains points. On voit, à leur périphérie, une grande quantité de cellules embryonnaires. Ce fait indique un processus irritatif encore en voie d'activité qui tient sous sa dépendance les diverses transformations du tissu réticulé.

Une couche externe fibreuse, très épaisse, directement en contact avec le péritoine.

A un plus fort grossissement, on peut saisir quelques détails intéressants : la couche interne, qui forme comme une tunique séparée, rappelle par ses lésions et ses caractères l'aspect de la tunique interne d'une artère atteinte d'athérome. Si l'on porte les coups sur les parties les plus épaisses de la paroi, on voit que la couche interne de tissu fibreux et la couche sous-jacente de tissu lymphatique sont sans relation directe avec la tumeur. Elles lui sont accolées sur ces points, mais elles en sont distinctes, et cette limite est marquée par la coque de ces ganglions qui est épaissie et pourvue de nombreuses fibres musculaires lisses. Ces ganglions sont remarquables par l'épaississement de leur charpente et de leurs cloisons qui ont évidemment subi un travail d'inflammation chronique aboutissant à la sclérose, mais ne présentant aucune trace de dégénérescence caséeuse. Les détails qui précèdent nous conduisent à cette conclusion que ce kyste est constitué par une coque fibreuse mince en voie de dégénérescence athéromateuse partout en contact avec le tissu propre des ganglions lymphatiques. Il n'est pas probable que la simple dégénérescence athéromateuse de la tunique fibreuse ait pu fournir la quantité énorme de graisse qu'il contenait.

Cas de Enzmann.— La paroi du kyste avait 1 à 2 mill. d'épais-

seur, était dure, lisse à la surface interne, jaunâtre, présentant par endroits des amas lâches, de couleur brunâtre. Elle est formée de tissu conjonctif dur à grosses travées, pigments granuleux brun foncé, gouttelettes graisseuses petites et brillantes. Dans la couche externe, cellules rondes tassées par endroit. Dans la paroi se trouvent des plaques calcaires ovales. Pas d'endothélium. Le rapport direct du kyste avec le canal thoracique était facile à montrer, la partie supérieure de ce dernier était fermée en plusieurs endroits par des thrombus organisés.

Cas de von Bergmann. — La paroi était ferme, compacte, épaisse d'environ 2 à 3 mill., recouverte extérieurement par une couche péritonéale, elle était formée d'un tissu conjonctif serré, mais sillonné de nombreux vaisseaux sanguins et d'espaces lymphatiques. La surface interne était lisse et brillante, point d'aspérités, ni épithélium, ni endothélium. Nulle trace de caillots ou de concrétions.

Le fond du kyste semblait se prolonger vers la colonne vertébrale.

Cas de Rubeska. — L'épiploon adhérait à la tumeur sur une surface égale à celle d'une pièce de deux francs. La paroi avait 1 à 2 mill. d'épaisseur. La surface externe est rugueuse, l'interne lisse. On peut distinguer trois couches unies entre elles par un tissu conjonctif peu serré. La couche interne est la plus mince, l'externe la plus épaisse.

Couche externe : composée de tissu conjonctif lamelliforme pourvu d'un certain nombre de noyaux. Les éléments cellulaires augmentent considérablement au fur et à mesure que l'on se rapproche de la partie interne ; par endroits, on trouve des amas de cellules rondes ou polygonales avec petits noyaux ; ces amas sont allongés et parallèles à la surface supérieure.

Couche moyenne : travées de tissu conjontif peu serré, formant des mailles de dimensions et de formes variables. Ces espaces sont tantôt vides, tantôt remplis d'un tendre et mince réticulum rempli à son tour de cellules rondes et polygonales comme dans la couche externe. Vaisseaux en assez grand nombre ; par places, granulations pigmentées de couleur brunâtre.

Couche interne : formée de tissu conjontif fibrillaire épais renfermant peu de noyaux, elle est unie à la couche moyenne par un tissu à petites mailles. Nombreux vaisseaux, pas de trace de cellules épithéliales, par endroits cellules de tissu conjontif.

Cas de Hlava. — Un grand nombre de kystes se trouvaient dans le mésentère, ayant des dimensions qui variaient de celle d'un pois jusqu'à celle d'une tête d'enfant. Les plus petits montraient la structure intacte d'une glande lymphatique ; une partie des interstices lymphatiques sont remplis de cristaux et d'acides gras ; les vaisseaux afférents et efférents étaient bondés de cellules lymphoïdes. Dans les kystes de dimensions plus fortes on trouvait dans les espaces lymphatiques une masse granuleuse jaune verdâtre mêlée de pigments sanguins, dans d'autres, un amas de cellules lymphoïdes. Les parois des kystes les plus volumineux étaient formées de tissu conjonctif solide, pauvre en vaisseaux, et entre les travées de ce tissu, se rencontraient des amas de granulations jaune verdâtre comme dans les kystes de dimensions plus petites.

Cas de Fenomenoff. — Le kyste, de la grandeur d'une grosse pomme, avait une paroi variant de 0,002 à un demi mill. On n'a pas remarqué de vaisseaux afférents ou efférents. La surface interne est lisse gris blanc, la surface externe est rude, couverte de flocons fibrineux et adipeux. Les parties épaisses de la paroi sont composées de trois couches. La cou-

che interne est riche en cellules et en vaisseaux dilatés et remplis de gobules rouges ; de temps en temps, on rencontre des extravasations sanguines. Autour de celles-ci et dans d'autres endroits, on trouve en grande quantité une sorte de pigment jaune granulé disposé tantôt dans des cellules assez volumineuses, et pourvues d'un petit noyau, tantôt dans des interstices cellulaires ; ce pigment provient sans doute de la matière colorante du sang. Par places à la surface interne, on trouve des cellules plates endothéliales.

La couche moyenne est fibreuse, pauvre en cellules et en vaisseaux. Dans cette couche, on voit des îlots de tissu lymphoïde, lequel par endroits s'amasse en grande quantité et produit de véritables follicules. Sur quelques bonnes préparations on voit très bien le réticulum dans les mailles duquel on découvre encore des cellules lymphatiques. Là où le tissu lymphoïde est disparu, on voit des foyers de dégénérescence.

Couche superficielle : elle est formée d'une couche de tissu fibreux analogue à la capsule d'un ganglion lymphatique, et d'une couche de tissu cellulo-adipeux.

Les parties amincies ne présentent que les couches interne et moyenne. A mesure que la paroi s'amincit on constate que le tissu lymphoïde devient de plus en plus rare.

Cas de Rasch. — Pas de membrane épithéliale. Péritoine et couche conjonctive sous séreuses épaissies. Le kyste était formé par la simple séparation des deux feuillets du mésentère.

Cas de Gusserow.— Le kyste, du volume d'une tête d'adulte, est recouvert par le grand épiploon qui a contracté des adhérences avec lui. Il y a des adhérences sous forme de cordons solides et épais entre le bord inférieur de la tumeur et le sommet de la vessie. Pas de connexion avec l'appareil génital. Ses parois se confondent avec la paroi de l'intestin. La tu-

meur se continue sous forme de pédicule derrière l'intestin et se dirige en diminuant de volume vers la colonne vertébrale. Dans cette extrémité plus étroite de la tumeur se trouvent de gros paquets de veines variqueuses à parois épaisses. Après avoir vidé le sac et après lavage, on voit un liquide grisâtre s'échapper doucement par de petites ouvertures placées en différents endroits dans la paroi du sac et se vidant dans son intérieur. La tumeur était rouge foncée. Ses parois sont manifestement très riches en vaisseaux sanguins.

Nous citons à part quatre observations qui nous serviront, au point de vue de la pathogénie, par les déductions que nous pourrons en tirer :

1° *Cas de Ducassel* (*Soc. anat.*, 1848). — Enfant de 4 mois. Au milieu de la région ombilicale, on constate deux poches faisant saillie au-dessus des circonvolutions intestinales et contenant un liquide séreux blanchâtre. Ces deux poches sont développées entre les deux feuillets du mésentère et paraissent au premier abord formées d'une seule cavité ; en réalité la poche est formée de plusieurs cellules ne communiquant pas entre elles, et renfermant, deux ou trois de la sérosité citrine, les autres un liquide blanchâtre lactescent.

2° *Cas de Le Dentu* (*Soc. anat.*, 1876). — Poche de la grosseur d'un œuf de poule sur la face droite du mésentère, chez une vieille femme de 70 ans, morte de cystite purulente. Enucléation facile à cause du tissu cellulaire lâche environnant. Dans le voisinage, pas de traces de vaisseaux lymphatiques aboutissant à la tumeur. Canal thoracique normal. Pas de tumeurs lymphatiques des ganglions. Les parois de la poche sont minces et transparentes. La cavité est divisée en loges multiples par des cloisons incomplètes circonscrivant des aréoles irrégulières sur les parois desquelles s'ouvrent des loges plus petites.

Cas de Wieschelbaüm. — Tumeur trouvée chez un homme de 80 ans, mort de scorbut et de pneumonie, plus grosse que le plat de la main, épaisse de 3 à 4 cent., ressemblant à un lipome et ne se distinguant pas très nettement du tissu graisseux environnant. A la coupe, un liquide bien blanc, laiteux, s'échappa comme des pores d'un éponge. La tumeur se composait de tissu graisseux, mais ce dernier était creusé de nombreuses cavités de différentes grandeurs et de formes différentes. A la partie centrale, les cavités étaient très nombreuses et voisines les unes des autres ; à la périphérie, le tissu graisseux dominait et les cavités étaient très rares. Ces cavités formaient la plus grande partie de la tumeur et s'anastomosaient fréquemment entre elles. Elles variaient depuis un volume microscopique jusqu'à celui d'une noisette et au-delà. Les cavités visibles à l'œil nu ont la forme de fentes et présentent des échancrures multiples. Les cavités microscopiques ont aussi la forme de fentes étroites. Les cavités ont une paroi propre : très délicate dans les petites, quelques grandes possèdent une paroi allant jusqu'à l'épaisseur de 1 millimètre. Cette paroi est blanchâtre ou jaune brun, et a un aspect réticulé à sa partie interne. Le tissu conjonctif dont est formé la paroi s'élève de là en fines franges ou trabécules ; cette paroi est formée de faisceaux parallèles droits ou légèrement recourbés, enfermant entre eux des cellules du tissu conjonctif. Dans les cavités à parois épaisses, on trouve au milieu des éléments conjonctifs quelques fibres musculaires lisses, il n'y a pas d'endothélium ; dans les petites cavités, endothélium sous la forme de petites cellules étroites fusiformes.

Le tissu adipeux est accompagné de tissu conjonctif, qui prédomine même en certains points. Ce tissu conjonctif est riche en pigments jaune ou brun, qui apparaît tantôt en grains fins, tantôt grossiers, et qui se dispose en groupes arrondis ou fusiformes. Ce pigment accompagne le tissu con-

jonctif jusque dans ses plus fins prolongements. Ça et là, dans le tissu conjonctif, quelques artères à parois épaisses ; d'autres paraissent comme comprimées, même oblitérées, et leur lumière est comblée de tissu conjonctif de nouvelle formation. Le pigment est en relation nette avec l'oblitération de quelques vaisseaux ; cette oblitération tient à la distension des tissus, au moment de la formation des cavités.

A la périphérie, je remarquai dans le tissu graisseux, des petites places du volume d'un pois, jaunâtres, qui à l'œil nu semblaient constituées de tissu conjonctif solide. Au microscope, je pus voir que ces points se composaient en grande partie d'un amas de cellules rondes, plongées dans une substance fondamentale réticulée, le tout revêtu d'une capsule de tissu conjonctif à faisceaux parallèles. A la surface interne de cette capsule, on voit une couche de cellules fusiformes. De la surface externe partent des prolongements qui vont dans le tissu conjonctif voisin (constitution analogue à celle des follicules lymphatiques). Plusieurs de ces groupes peuvent se fondre en un seul.

Dans les points où les cellules rondes ne sont pas serrées, on ne voit point de cavités, mais dans les points où le tissu de cellules rondes a pris un grand développement, nous voyons ce tissu parsemé de trous et de cavités, limités par un contour dentelé. Les fentes les plus étroites ont à peine le diamètre d'un globule blanc, les plus grandes ont à peine le diamètre de deux ou trois de ces globules. Par côtés, elles présentent des prolongements en pointe qui peuvent s'anastomoser avec des prolongements voisins, ou se terminer sans délimitation nette dans les espaces intercellulaires.

On voit encore en ces points de la paroi des grosses cellules angulaires ou étoilées avec noyaux arrondis, ou bien des cavités qui tantôt sont encore isolées, tantôt sont en communication avec les grandes cavités. Ces cavités étroites ou larges

laissent voir une paroi propre, elles sont bien séparées du tissu ambiant par un contour noir, et des noyaux fusiformes qui ont l'apparence d'un endothélium. Dans les grandes cavités, le contour de la paroi n'est plus simple, mais se compose de deux ou plusieurs cercles de faisceaux fins conjonctifs ; la structure de leur paroi se rapproche donc déjà de la paroi des cavités que j'ai déjà décrites dans les autres portions de la tumeur.

Cas de Letulle (*Bull. soc. anat.*, 1899). — Enfant de 7 ans, tumeur lisse, arrondie, très tendue. A peine évacuée, la paroi du kyste, fendue dans toute sa hauteur, se plisse et se rétracte, les bords de l'incision se recroquevillent à la façon d'une membrane richement musculaire. La face interne de la poche se montre alors rosâtre, sillonnée de plicatures en relief d'un blanc mat, unies et brillantes, entrecroisées en tous sens, limitant dans leurs intervalles irréguliers des dépressions peu profondes, cupuliformes, au niveau desquelles la minceur des couches constituant la paroi est fort marquée.

L'imprégnation immédiate de ces parois par une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100, avant tout lavage, permet de fixer une couche uniforme et régulièrement continue de cellules endothéliales polygonales avec des bords dentelés. Au-dessous de l'endothélium, se dessinent des faisceaux musculaires lisses entrecroisés dans tous les sens.

Sur une coupe verticale, et allant de dedans en dehors, on remarque :

1° La couche endothéliale ;

2° Une couche de fibres musculaires lisses, surtout évidente au fond des dépressions, remarquable par un grand nombre de capillaires de 13 à 15 μ de diamètre gorgés de globules rouges, arrivant au contact de l'endothélium ;

3° Une couche cellulo-vasculaire et adipeuse (artérioles, vei-

nules, et lymphatiques béants remplis de sérosité, soit isolés, soit annexées à de petits follicules de tissu réticulé) ;

4° La couche qui délimitait la tumeur une fois énucléée du mésentère ; elle est composée de bandes fort minces de tissu fibreux entremêlées de fibres musculaires et de vaisseaux sanguins.

Il est à remarquer l'irrégularité de la direction des fibres contractiles qui rappelle le désordre topographique des parois des gros vaisseaux lymphatiques, et en particulier du canal thoracique. La présence d'un endothélium continu à la surface interne est caractéristique.

Cas de Massot. — Voir observation.

Contenu de la Poche

Dans notre cas : liquide lactescent, jaunâtre, semblable à du lait bien crémeux, d'une odeur légèrement fade. Sa réaction était alcaline, sa densité 1020. Est resté homogène pendant plusieurs jours, n'a pas laissé de dépôt dans le récipient qui le contenait. Quelques gouttes traitées par l'acide osmique ont donné une belle coloration noire. Le liquide se caille par la cuisson et par l'addition d'acide azotique. Agité avec de l'éther, il se dissolvait et prenait une couleur jaune clair presque transparente. L'examen microscopique montrait quelques fines gouttelettes réfringentes ; et des masses graisseuses que l'acide osmique colorait uniformément en noir. On remarquait quelques cellules avec des vacuoles, qui, dans quelques-unes, occupaient presque tout le corps cellulaire ; le noyau très coloré était presque toujours excentrique ; quelques rares cristaux ont été aperçus. Par incinération, le liquide a laissé beaucoup de cendres, composées en grande partie de NaCl et de phosphates. Toutes ces matières n'ont pas été dosées. Le liquide était donc formé d'eau, graisse, albumine et sels.

qu'on retrouve dans la composition du chyle. Nous pouvons dire que ce liquide était du chyle ; l'absence des signes de décomposition et de putréfaction est bien en faveur d'une identité complète avec le chyle. La quantité retirée par la ponction fut d'un litre environ. Tous les auteurs insistent sur cette apparence laiteuse.

Wiechselbaum : « Un liquide laiteux s'écoula à la coupe, comme des pores d'une éponge. »

Winiwater retire en plusieurs fois, chez un enfant débile âgé de 4 mois, 3 litres environ de liquide laiteux ; il attribua le kyste à l'obstruction du canal thoracique.

Le Dentu : « 50 grammes de liquide semblable à du lait, furent recueillis par des ouvertures multiples. »

Kuster : « Le liquide aspiré par la ponction était au passage blanc comme du lait, opaque, d'une faible et douce odeur, rappelant celle du lait de la noix de coco. Réaction chimique neutre ; le liquide se caille par la cuisson et par l'addition d'AzO^3H, sans s'éclaircir ; albumine, 7,34 p. 100, graisse et cholestérine, 5,94. Au microscope, masse énorme et gouttelettes de graisse, quelques globules blancs, et clairsemés dans une zone graisseuse de cellules épithéliales. » (Voir Pathogénie.)

Wœrth : « Bouillie ressemblant à de la craie. Quand le fluide se fut caillé, en peu de temps se formèrent des gros grumeaux d'une bouillie analogue à du mortier ; de semblables grumeaux plus petits avaient été déjà évacués au moment de l'opération. »

Solman : « Liquide blanchâtre épais à réaction neutre, contenant 68,46 p. 100 de matières solides. Les parties solides sont représentées particulièrement par de la graisse, 62,31 p. 100 ; traces de sels minéraux et d'albumine. »

L'examen microscopique montre que le liquide contient une quantité considérable de graisse libre : gouttelettes se réunis-

sant en plus grandes masses ; cristaux graisseux en forme d'aiguilles isolées ou groupées en petits faisceaux ; cellules non altérées semblables à des cellules ambulantes ; mêmes cellules en voie de dégénérescence graisseuse. »

Tillaux : « Demi-litre environ d'un liquide épais et crémeux, d'un blanc laiteux, ayant l'odeur de graisse ; peu grumeleux, ces grumeaux ne diffèrent que par leur consistance du liquide lui-même ; liquide et grumeaux sont exclusivement constitués par de la graisse sous forme de gouttelettes libres et d'aiguilles cristallines présentant la configuration des cristaux de margarine. »

Bergmann : « 700 à 800 grammes d'un liquide laiteux, aussi blanc que de la neige, crémeux, sans odeur, sans flocons, ni concrétions ; réaction légèrement alcaline, granulations graisseuses, corpuscules lymphatiques, rares cristaux de cholestérine. Au contact de l'acide acétique, et par la chaleur, le liquide se coagula. 9 mois après l'opération, il était inaltéré, seulement par évaporation, il était plus épais et de couleur jaunâtre ; les corpuscules graisseux avaient disparu. »

Fenomenoff : « Par la ponction, un liquide lactescent jaillit en quantité égale à deux tasses de thé. »

Trombetta : « Le contenu du kyste était lactescent, un peu sale comme de la craie délayée. »

Carson : « 1° Ponction : liquide blanchâtre, d'aspect laiteux : 2° laparotomie 3 mois après : liquide de couleur blanchâtre, crème. Densité, 1014 ; réaction alcaline : albumine.

» *Au microscope* : grandes cellules granuleuses en abondance à protoplasma frais et intact, ce qui tendrait à prouver que le kyste était en rapport d'une façon quelconque avec un canal charriant des cellules fraîches, probablement avec les gros lymphatiques ou la citerne de Pecquet ; le protoplasma de quelques cellules a subi la dégénérescence graisseuse avec tous les degrés d'intensité ; on rencontre en grand nombre

des cristaux de NaCl. Deux mois après l'opération, le liquide ne montra aucun signe de putréfaction. »

Tuffier : « Ponction avec le gros trocart de l'appareil Potain ; il s'écoule un liquide parfaitement blanc, ressemblant à du lait épais, ou à de la crème non coagulable, se séparant en deux couches ; la supérieure rappelle assez exactement celle qui se forme à la surface du lait, mais renferme une plus grande quantité de matière grasse. Le liquide extrait occupait un volume de 600 cc. : densité, 1008 : réaction alcaline. »

Reynier : « Le cas est, dirait-on, calqué sur le précédent ; mais ici, légère quantité de fibrine. »

Letulle : « On ouvre le kyste avec soin et l'on retire 350 grammes environ d'un liquide peu épais, blanc laiteux, bien lié, sans grumeaux, ni caillots d'aucune sorte. On dirait un bon lait bien gras. Réaction alcaline. »

Voici calculée pour 1.000 la composition de ce liquide :

	Tuffier	Reynier	Letulle
Eau	809.00	810.50	879.89
Matières albuminoïdes.	42.40	56.40	82.04
Matières grasses.	135.80	97.50	22.91
Cholestérine.	0.00	00.00	0.98
Glycose.	0.00	00.00	1.40
Matières minérales	12.80	35.60	12.78

Ces matières minérales sont représentées en majeure partie par le chlorure de sodium, puis en plus minime quantité par des phosphates.

Mais si le contenu de ces kystes est généralement lactescent et graisseux, ces caractères peuvent se modifier plus tard. Le kyste devient d'un plus grand volume, et le contenu prend une coloration variable; il peut devenir séreux, sanguin, et c'est certainement là la principale, sinon l'unique origine des kystes décrits comme séreux ou sanguins. il peut encore subir d'autres modifications :

Enzmann : « Le kyste contenait 50 cc. d'une bouillie brunâtre et brillante, qui, examinée au microscope, présentait de nombreux cristaux de cholestérine, un grand nombre de globules sanguins rouges, soit intacts, soit altérés, en même temps qu'un grand nombre de cellules granuleuses, et une certaine quantité de pigments granuleux. A côté de cela se trouvait une masse formée de grains tantôt très fins, tantôt assez volumineux (produits de décomposition de fibrine et de corpuscules sanguins blancs).

Rubeska : « L'incision donne un liquide ressemblant à une bouillie claire, graisseuse (huileuse), et de couleur jaunâtre.

Hlava : « Le contenu des kystes ressemblait à du pus épaissi de couleur jaune grisâtre, dans plusieurs, presque aussi épais qu'une pâte. Il était formé de gouttelettes graisseuses de dimensions variables, de détritus et d'une quantité de cristaux, de différents acides gras, ayant la forme d'aiguilles, de bâtonnets, et de massues. »

Gusserow : « La tumeur contient environ 2 litres et demi d'un liquide jaune grisâtre, de consistance bouillie claire et d'aspect boueux qui ne se coagule pas, même après un repos prolongé ; il a l'aspect d'un lait peu épais ou du chyle, et présente à l'examen microscopique, presque exclusivement, des globules graisseux, et de fines gouttelettes de graisse sans mélange avec d'autres éléments morphologiques. »

Ducasset : « Deux ou trois kystes contenaient de la sérosité citrine ; la grande majorité, un liquide laiteux blanchâtre. »

Tuffier (deuxième cas) : « 2 poches contenaient un liquide franchement séreux ; deux autres, deux litres de chyle. »

Demons : « Par ponction du kyste, on retire un liquide couleur chocolat, épais, visqueux, miroitant, contenant des paillettes de cholestérine. Le kyste n'est pas complètement vidé, il était multiloculaire. Une seconde ponction dans une autre poche donne un liquide laiteux, épais, visqueux, analogue à une solution épaisse de gomme.

Rokitansky : « Homme de 53 ans ayant succombé dans un état complet d'anasarque. Dans l'épaisseur du mésentère on trouva plusieurs glandes variant du volume d'une olive à celui d'une noix, transformées en capsules dures, résistantes, qui renfermaient une tumeur en partie claire et fluide, en partie épaisse et blanche. »

CHAPITRE V

PATHOGENIE

Nous avons parcouru en vain des thèses de Coll et d'Augagneur pour y trouver une description des kystes chyleux du mésentère. Cette variété n'est pas mentionnée. Mais nous voyons décrits, sous le nom de kystes ganglionnaires, dans Collet, les trois cas de Le Dentu, Tillaux, Wœrth, que nous avons rangés parmi les kystes chyleux, et voici les réflexions qu'émet l'auteur de la thèse : « L'accumulation du chyle dans les ganglions lymphatiques peut donc amener la dégénérescence kystique. Il ne reste bientôt plus qu'une coque fibreuse dans laquelle on a le plus souvent la plus grande difficulté à retrouver des traces du tissu primitif. La structure de la paroi devient facile à expliquer : les couches épaisses et extérieures qu'on y trouve correspondent aux capsules glandulaires : sous elles on peut trouver des restes rares, mais quelquefois bien conservés de la substance glandulaire primitive. La compression et le tassement que le treillis du tissu conjonctif éprouve sous l'accroissement continuel de lymphe expliquent en partie l'hypertrophie croissante et excentrique dont ce tissu conjonctif est le siège, et la disparition quelquefois complète du stroma de la glande refoulée contre la paroi par la pression continuelle qui se fait à l'extérieur.

Augagneur décrit les trois cas énumérés plus haut dans sa classe des kystes séreux, et il remarque : « Dans toutes les

tumeurs voisines encore de l'époque de début, le liquide est graisseux, blanchâtre et a inspiré à plusieurs observateurs l'idée de les comparer à de la craie délayée dans de l'eau. Si ces kystes peuvent porter le nom de séreux c'est à un moment où les caractères primordiaux de leur contenu ont complètement changé. Mais quelle peut être la genèse de ces kystes séreux ; aux dépens de quels organes se forment-ils ? On peut admettre que quelques-uns sont peut-être des kystes hydatiques dans lesquels les hydatides ont succombé. Mais le plus grand nombre ont une autre origine, et leur structure en fait foi. Ce qu'il faut retenir des examens anatomiques, c'est, dans la paroi, l'absence de revêtement endothélial et la présence de cavités de tissu réticulé.

« Le premier fait permet de repousser l'interprétation qui faisait de ces collections liquides des sortes d'hygromas développés entre les feuillets de la séreuse (Péan), le second autorise à affirmer l'origine ganglionnaire des kystes mésentériques. »

Nous pensons que la théorie de l'hygroma n'est pas exacte, mais, pour l'infirmer, il ne faut pas arguer de l'absence d'endothélium, puisqu'il existe en plusieurs cas.

« La dégénérescence kystique peut s'opérer par le mécanisme connu pour les ganglions des autres régions, mais ces transformations peuvent provenir de modifications tout autres, et l'adéno-lymphocèle de Le Dentu, le lymphangiome ou chylangiome caverneux de Wieschelbsïn seraient peut-être le premier stade d'un processus aboutissant au kyste.

Dans le premier cas l'altération se borne à la dilatation et à l'agrandissement des vaisseaux blancs, il ne semble pas qu'il y ait de formation vasculaire, il y a simplement varices des vaisseaux blancs. Dans le deuxième cas, les vaisseaux lymphatiques sont encore dilatés, augmentés de longueur, enroulés sur eux-mêmes, mais il y a en plus formation de vaisseaux nouveaux, il y a formation d'une sorte de tumeur érec-

tile, véritable angiome de la région, c'est-à-dire d'un lymphangiome. Mais les lymphatiques du mésentère charrient non de la lymphe hyaline, mais bien du chyle ; la tumeur variqueuse différera donc des tumeurs lymphatiques des autres régions, en ce qu'elle contiendra un liquide d'aspect lactescent, ce sera un chylangiome. »

Wieschelbaüm insiste sur cette définition de sa tumeur : « On ne doit pas hésiter à décrire ces cavités de la tumeur comme des espaces caverneux. Leur forme est absolument celle des espaces caverneux des tumeurs sanguines : même structure, même endothélium. Ce ne sont pas des cavités kystiques provenant de la liquéfaction du tissu adipeux ou de l'atrophie de la paroi des cellules adipeuses : nos cavités ne sont pas régulières comme celles du kyste. Il ne s'agit pas non plus d'une dilatation variqueuse des vaisseaux chylifères, car les cavités les plus jeunes n'ont pas du tout la structure des vaisseaux chylifères. J'appelle cette tumeur une tumeur caverneuse, et comme son contenu est du chyle, je dis chylangiome caverneux. »

Ici nous établissons une petite digression. L'analyse des observations de Ducasset, Rokytansky, Le Dentu et Wieschelbaüm est féconde en résultats au point de vue pathogénique. Elle permet d'affirmer pour les deux premières une origine ganglionnaire aux kystes chyleux du mésentère : bien plus, elle permet de comprendre comme kystes chyleux, la majorité des kystes séreux qui n'auront pas une origine hydatique certaine : les kystes séreux seront dus à une transformation du chyle, ils seront des kystes chyleux avancés en âge, de même que certains kystes à contenu pâteux. Dans ceux-ci le chyle, par perte de liquide, subit un certain degré de concentration : dans ceux-là le chyle par perte des éléments solides voit augmenter sa fluidité. Et ceci n'est pas une vue de l'esprit, car l'analyse chimique démontrant la présence des mêmes éléments, les différentes observations nous montrent le contenu

du kyste, depuis une pâte blanchâtre jusqu'à un liquide citrin, en passant par : bouillie semblable à de la craie délayée dans un peu d'eau, liquide épais et crémeux, liquide ressemblant en tout point au lait, liquide jaunâtre ressemblant à une bouillie claire huileuse, liquide blanc sale, liquide citrin. Bergmann voit son liquide conservé pendant 9 mois sans putréfaction, devenir simplement plus épais, les corpuscules graisseux ont disparu. Sur le même sujet nous avons déjà vu (Ducasset, Rokitansky) les poches du kyste contenir les unes un liquide lactescent, les autres un liquide citrin, Tuffier vient confirmer ce fait : « 2 poches contenaient un liquide franchement séreux, 2 autres deux litres d'un liquide lactescent ». La transformation du kyste chyleux est pour ainsi dire saisie sur le fait, aussi élargissons-nous les cadres de la classification, et englobons-nous les kystes séreux dans les kystes chyleux : du même coup nous englobons dans une même variété l'immense quantité des cas de kyste du mésentère observés jusqu'à ce jour, dont notre professeur M. Tédenat a opéré deux cas, et dont les observations se multiplient tous les jours. Rentrent aussi par contrecoup dans cette catégorie les kystes dits sanguins ou hématiques. Ils se rapportent presque tous, dit Augagneur, à un traumatisme ; se sont presque toujours des kystes séreux devenus hématiques, transformation semblable de l'hydrocèle en hématocèle, ce qui ne doit pas nous étonner, puisque nous avons vu la paroi du kyste le plus souvent richement vasculaire, sillonnée de vaisseaux de très gros calibre. Nous avons d'ailleurs trouvé dans la paroi plusieurs extravasats sanguins, plusieurs foyers pleins de pigments. (Observ. de Spencer Wells.) D'ailleurs nous voyons rarement le contenu à l'état de sang pur, mais plus souvent un liquide quelquefois à peine citrin, coloré par des dérivés de l'hémoglobine, ou d'autres fois (cas de Demons), un liquide couleur chocolat épais, visqueux. Il ne faudrait pas trop généraliser cependant, et nous devons admet-

tre que, après une rupture d'un vaisseau du mésentère, le sang épanché distend les feuillets du mésentère et peut s'enkyster.

Les deux autres observations de Le Dentu et Wielchselbaüm nous permettent de comprendre comment par pression sans cesse augmentant de la lymphe, les petites cavités cèdent, forment peu à peu de plus grosses cavités dont les parois finissent aussi par céder en s'ouvrant les unes dans les autres et finissent par former une ou plusieurs grosses poches (kystes multiloculaires, pauciloculaires).

On a décrit certains kystes chyleux au nombre des kystes dermoïdes, et on a pensé que les kystes séreux pouvaient provenir des kystes dermoïdes. Outre que ceux-ci sont excessivement rares (on ne considère comme authentiques que les 2 cas de Leberth, contenant de la graisse et des poils, et celui de Schutzer contenant avec de la matière sébacée des canines, des incisives et des molaires), cette origine n'a jamais été prise sur le fait et ne doit pas être admise.

Eppinger a décrit comme kyste dermoïde une tumeur trouvée par hasard à l'autopsie ; Kuster, dont l'observation (que nous avons rapportée) est semblable à ce cas d'Eppinger a voulu en faire aussi un kyste dermoïde, eh bien ! ces deux kystes étaient simplement chyleux. Le liquide était du chyle. on n'y a rien trouvé d'un kyste dermoïde, ni poils, ni dents, sauf un revêtement épithélial. Mais Kuster est revenu sur son opinion, et il a avoué que l'examen histologique n'a pas été fait avec tout le soin désirable. De même certains kystes chyleux ont pu être pris pour des kystes hydatiques guéris. On sait qu'à cette période de leur évolution ils contiennent une matière épaisse, concrète, prenant l'aspect du mastic de vitrier, quelquefois celui de la craie. Pour nous, il est probable que les cas de Barth (Soc. Anat., 1848) et Fremy (Soc. Anat., 1868), se rapportaient à des kystes chyleux.

Barth. — Petite tumeur formée par une matière blanche

caséeuse semi-liquide, semblable à celle que l'on obtiendrait en broyant de la matière crayeuse dans une petite quantité de liquide.

Frémy. — Kyste de la grosseur d'une orange rempli d'une substance grasse et caséeuse analogue au mastic des vitriers.

En général ces kystes hydatiques se développent concurremment avec des kystes semblables du foie, du grand épiploon, de la rate, du petit bassin, et presque constamment, lorsque les caractères des poches hydatiques font défaut, cette coïncidence fera faire le diagnostic : or, dans les deux cas précédents, Barth et Frémy pensaient avoir affaire à un kyste hydatique arrivé à la guérison, mais ce n'était qu'une supposition que rien ne confirmait.

Dans le rapport fait par Rasch à la Société d'obstétrique de Londres sur son cas de kyste chyleux, le docteur Boxalt, qui comprenait difficilement comment la fuite du chyle dans le tissu cellulaire lâche pouvait produire un kyste, pensa qu'il était permis de concevoir, dans cette région, un kyste chyleux tirant son origine d'un kyste hydatique. Il dit que les kystes hydatiques sont quelquefois stériles, et que si le sang et la bile peuvent s'épancher dans ces kystes, il y avait à première vue des raisons de croire que dans une région où abondent des chylifères, le chyle pouvait faire la même chose, et distendre le kyste, de telle sorte que toute trace de sa nature première pouvait éventuellement disparaître. Ce mécanisme, s'il existe, doit être plutôt rare ; en tous cas, sauf le cas de Rasch et le nôtre, où le chyle semblait simplement distendre les feuillets du mésentère, la nature de la paroi des autres kystes plaide contre cette vue.

Les kystes chyleux du mésentère peuvent être dus à l'ectasie soit des chylifères soit du canal thoracique.

Enzmann nous dit, dans son observation, que le rapport direct du kyste avec le canal thoracique était facile à montrer.

La partie supérieure de ce dernier était fermée en plusieurs endroit par des thrombus organisés.

Carson n'hésite pas à conclure que dans son cas la tumeur devait être en rapport avec quelque gros tronc lymphatique ou la citerne de Pecquet.

Albers a observé un cas où le canal thoracique se confondait avec la poche kystique ; il a vu aussi une ampoule de la citerne de Pecquet dans le cadavre d'une hydropique.

Rokitansky a vu le canal thoracique d'un aliéné, particulièrement épais partout ailleurs, présenter une forte dilatation au niveau de la citerne de Pecquet, et regorger ainsi que les ganglions lombaires de lymphe grisâtre. Il rapporte encore une autopsie où on trouva une forte dilatation de la partie inférieure du canal thoracique, du réservoir de Pecquet et de tous les vaisseaux du système chylifère. Cette dilatation était due à la sténose d'une partie du canal située plus haut.

Kilian a vu l'oblitération du canal thoracique par un tissu cicatriciel racorni : cet obstacle au cours de la lymphe avait amené une dilatation considérable de tout le système des vaisseaux chylifères. On pouvait voir dans le mésentère des anévrysmes chyleux gros comme des grains de millet. Pas de déchirure de vaisseaux, il s'était produit une ascite chyleuse considérable.

Pour *Wœrth*, l'origine du kyste se trouve dans les *vasa efferentia* d'un ganglion lymphatique.

Pour *Hahn* et la plupart des auteurs, ces kystes peuvent se développer dans les ganglions, les vaisseaux chylifères et la citerne de Pecquet.

Faut-il admettre l'hypothèse d'une rupture d'un des vaisseaux lactés avec enkystement du chyle répandu ? Rasch est absolument catégorique à ce point de vue, et c'est là l'origine du kyste qu'il a opéré. Pour nous, notre cas n'avait-il pas cette origine ? Il n'y avait pas à proprement parler de kyste, puis-

qu'il n'y avait pas de poche kystique, il y avait un simple épanchement de chyle, et pendant que le feuillet droit et supérieur était distendu petit à petit, comme boursouflé, le feuillet gauche et inférieur ne faisait que lui servir de base sur une étendue grande comme une pièce de cinq francs ou un peu plus.

En somme, on peut admettre comme causes pouvant amener la production d'un kyste chyleux dans le mésentère : 1° la dégénérescence kystique des ganglions lymphatiques ; 2° la transformation d'une lymphangiome ou d'un adéno-lymphocèle ; 3° l'ectasie des chylifères et de la citerne de Pecquet ; 4° la rupture d'un vaisseau lacté et l'enkystement du chyle répandu.

Mais avec Kuster nous préférons rattacher les kystes chyleux aux malformations congénitales : « Ce sont de véritables lymphangiomes kystiques comparables à ceux du cou et en communication primitive ou secondaire avec les chylifères. » Ces tumeurs peuvent exister pendant longtemps à l'état latent et sortir brusquement de leur torpeur. Letulle voit dans son kyste, « sorte de vessie lymphatique énorme, très musclée » une malformation congénitale du système lymphatique d'excrétion annexée à l'intestin grêle. La présence d'un endothélium continu à la surface intérieure est caractéristique. Cette vessie lymphatique devait chasser son contenu dans un conduit dont il n'a pu reconnaître ni la présence ni l'origine. Le cas de Carson viendrait à l'appui de cette vue : le kyste contenait des cellules fraîches, et semblait par là en relation avec quelque gros chylifère.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE

Sur 27 observations que nous avons pu nous procurer, 8 concernent des hommes, 13 des femmes, 6 des enfants ; on les voit à peu près à tous les âges de la vie, depuis 4 mois jusqu'à 80 ans. Il serait permis de voir dans le lymphatisme, ainsi que dans toutes les occasions qui retardent le cours de la lymphe, une prédisposition favorable à l'éclosion ou au développement de ces kystes. Notre malade était une jeune femme de 23 ans, d'aspect misérable. Sans avoir eu de maladie bien grave, elle n'avait jamais été forte. Elle avait accouché deux fois, et la tumeur semble ne s'être développée qu'après son dernier accouchement qui fut très laborieux. Peut-être est-ce à cette occasion que s'est développée la tumeur qui jusque-là était restée à l'état latent. Winiwater nous dit que l'enfant âgé de 4 mois était débile. L'enfant de Ducassel était âgé de 4 mois et présentait de l'impetigo du cuir chevelu. Carson insiste sur le tempérament lymphatique de son norwégien de 39 ans. Il avait dans ses antécédents une fièvre typhoïde comme le malade de Von Bergmann.

Celui de Tuffier (48 ans), avait eu une typhlite terminée par résolution. Le malade de Rokitansky, âgé de 53 ans, avait succombé dans un état complet d'anasarque. Le malade de Weichselbaüm, âgé de 80 ans, était mort de pneumonie et de scorbut : la vieille femme de Le Dentu (70 ans), était morte de cys-

tite purulente. La malade d'Enzmann (77 ans), était morte d'endocardite. La malade de Fenomenoff avait les fièvres intermittentes depuis sept ans.

A côté de ces cas concernant des gens plus ou moins sains, on voit des cas concernant des gens bien bâtis, chez qui les désordres sont survenus brusquement alors qu'ils étaient en bonne santé, tel ce malade de Tillaux qui se promenait sur les boulevards. Dans ce cas, il est impossible d'admettre que la tumeur se soit développée spontanément. Nous la voyons évoluer depuis un an et demi chez la malade de Rubeska, solide fille de 19 ans, chez la malade de Roth depuis 3 ans, chez la malade de Demons depuis 5 ans, et cela sans entraîner de désordres graves dans la santé, jusqu'à un certain moment où il semble que la tumeur subit un certain accroissement, une poussée. A remarquer l'influence que peut avoir un traumatisme sur le développement de la douleur et de la tumeur :

La malade de Rasch soulève une lourde malle, et huit jours plus tard pendant la nuit se réveille en proie à de vives douleurs ; dans ce cas on constata la rupture d'un gros lymphatique. La malade de Gusserow insiste sur ce fait que, en automne 1888, un sac de pommes de terres était tombé sur son ventre, et depuis cette époque la malade avait ressenti des douleurs vagues dans l'abdomen et les lombes, en même temps que sa tumeur se développait.

La malade de Tuffier s'était aperçu depuis longtemps de l'existence de sa tumeur, mais le développement rapide qu'elle prit et les accidents douloureux dont elle devint le siège datent du moment ou elle fit un effort pour soulever une malle.

O'Conor raconte que son malade, directeur d'une maison de commerce, souffrait depuis quelque temps d'une douleur lancinante dans l'abdomen, lorsque, après une promenade à cheval, cette douleur l'obligea à se coucher pendant trois jours.

Quelque temps après une affaire importante fut cause qu'il se donna beaucoup de mouvement, les douleurs revinrent, et un jour qu'il descendait de voiture, une douleur violente le saisit ; le lendemain matin il ne put se lever, il ressentait un poids au-dessous du côté droit du nombril.

CHAPITRE VII

SYMPTOMES

Il n'existe aucun symptôme pathognomonique permettant de faire le diagnostic de kyste chyleux du mésentère. Ce que nous avons dit dans les considérations anatomiques sur le mésentère fait prévoir que ces symptômes sont ceux de presque toutes les tumeurs abdominales. Le kyste peut produire des adhérences aux organes voisins, en amener l'inflammation, ailleurs il agira surtout par son volume, en comprimant les organes intra-abdominaux et même thoraciques. Il ne faut pas oublier que le mésentère est une route parcourue par des organes importants pour ne pas dire essentiels au point de vue de la nutrition, et que l'obturation des vaisseaux chylifères pourra d'une façon remarquable troubler l'assimilation et la nutrition. Presque toujours les malades qui viennent réclamer les secours de la médecine, se sont aperçus de l'existence du mal tantôt par la constatation accidentelle d'une tumeur intra-abdominale, tantôt par des sensations douloureuses.

Signes fonctionnels

Quelquefois absolument indolore et ne déterminant pas de troubles sensibles, le kyste peut passer inaperçu (et c'est pourquoi beaucoup d'observations se bornent à une relation d'autopsie). D'autres fois c'est la douleur qui, éclatant brusque-

ment, brutalement chez un sujet jusque-là bien portant et ne se doutant pas de sa tumeur, en amène la découverte.

C'est à l'occasion d'une période de règles que la malade de Kuster, une demoiselle, s'est aperçue d'une grosseur dure, profonde, au-dessous de l'ombilic.

La malade de Wœrth avait découvert la tumeur à l'occasion d'une violente attaque de colique, trois mois avant d'être opérée. De semblables accidents s'étaient renouvelés souvent, spécialement au moment des repas et à l'occasion des mouvements corporels. C'est en janvier 1880 que la malade de Solman, une jeune fille de 20 ans, a ressenti pour la première fois des douleurs dans la région ombilicale, surtout dans le bas-ventre à gauche, et c'est dans les premiers jours du mois de mars que la malade s'est aperçue accidentellement qu'elle portait dans la région mentionnée une tumeur globuleuse, grande comme un petit poing, se laissant déplacer un peu à gauche, et à droite de la ligne médiane de l'abdomen, sans provoquer de la douleur.

Le malade que Bergmann vit en avril 1886, avait des hémorroïdes depuis 12 ans, et souffrait d'une constipation opiniâtre depuis cinq ans ; depuis 1 an et demi, cette constipation était très prononcée, et il avait remarqué une augmentation de volume du ventre. En novembre 1885 il découvrit par hasard au niveau de la région ombilicale et profondément située une tumeur grosse comme le poing, mobile et complètement indolore.

La jeune malade de Fenomenoff, femme mariée de 26 ans, entra à la clinique le 10 octobre 1887. Elle raconta qu'à l'âge de 22 ans, deux ans après son mariage, des douleurs intenses se firent sentir *sub coïtu* pendant toute la durée de celui-ci. A partir de cette époque les règles, régulières jusqu'ici, furent suivies de pertes blanches. Il y a deux ans, la malade fut prise tout d'un coup de douleurs atroces pendant la miction et de

besoins fréquents d'uriner ; cette crise disparut spontanément après 3 jours. Durant les derniers jours de 1887, cette même crise se renouvela, et guérit comme la première sans intervention aucune. En avril 1887, ne voyant pas venir ses règles, elle crut être enceinte ; elle sentit des douleurs dans la région ombilicale, et elle constata une sorte de tumeur mobile dans son ventre.

Demons nous dit que la tumeur de sa malade, âgée de 34 ans, avait débuté cinq ans auparavant par la région hypogastrique, sans douleur, et pendant les 4 mois qui suivirent son début les règles furent supprimées.

Quelquefois l'entrée en scène est plus sensationnelle ; l'observation de Tillaux à ce sujet est devenue classique : un homme âgé de 31 ans était en train de se promener sur un boulevard, lorsqu'il ressentit tout-à-coup dans le ventre une douleur tellement violente qu'il fut dans l'impossibilité absolue d'avancer. Il avait le tronc plié en deux, et c'est dans cette attitude qu'il put, au bout d'un quart d'heure, regagner son domicile. Il passa la nuit à se rouler par terre Plusieurs lavements furent sans effet, et il resta constipé à partir de ce moment. C'est le 25 mai que se passaient ces faits, le 27 on constatait une tumeur dans le côté droit du ventre, ce dont le malade ne se doutait nullement.

La femme de Rasch, âgée de 21 ans, avait soulevé une lourde malle, trois semaines avant son entrée ; huit jours plus tard elle était réveillée la nuit par de vives douleurs dans le côté gauche, qui persistèrent malgré le traitement médical : l'examen démontra la présence d'une grosse tumeur, arrondie, élastique, presque fluctuante, occupant la partie gauche de l'abdomen.

La fillette de 10 ans de Trombetta s'était toujours bien portée, lorsque 10 mois avant de venir à la clinique, pendant la nuit et sans cause appréciable, elle fut prise de violentes dou

leurs qui, partant de l'ombilic, s'irradièrent dans tout l'abdomen. Elles durèrent toute la nuit et s'accompagnèrent de vomissements alimentaires mêlés à beaucoup de salive. Le lendemain les douleurs cessèrent pour reparaître deux jours après plus fortes et accompagnées de fièvre intense. Pendant 4 mois ces phénomènes se renouvelèrent et disparurent à époques irrégulières pendant plusieurs fois. Jamais il n'y eut d'interruption dans le cours de matières fécales. Vers cette époque, la mère découvrit que sa fille avait dans le ventre un corps dur, élastique, gros comme une pomme, se déplaçant très facilement.

C'est par une brusque et violente douleur abdominale que se manifeste la tumeur chez la jeune fillette de Fochier ; c'est par des signes manifestes d'occlusion intestinale que se traduit la tumeur chez une femme de 31 ans opérée par Reynier.

On voit par ces quelques cas, combien il est difficile d'assigner une période de début à ces sortes de tumeurs ; en général, lorsque la tumeur est reconnue, c'est qu'elle a un volume notable, c'est qu'elle date déjà de longtemps. L'étude anatomo-pathologique que nous avons faite est plus qu'édifiante à ce sujet. Presque toujours, s'il existe quelques phénomènes douloureux, on les attribuera à toute autre cause jusqu'au jour où l'intensité, la persistance, les caractères de cette douleur, dépendant soit de l'accroissement de la tumeur, soit de quelque complication dans les parties avoisinantes, appellera l'attention sur cette tumeur non encore constatée. Alors survient la période confirmée, mais il ne faut pas s'attendre à trouver des limites bien nettes entre elle et celle qui l'a précédée. A cette époque, tantôt la tumeur s'accroît et reste indolore ; tantôt la tumeur reste indolore et ne s'accroît pas ; ce n'est que parce que le patient est en quelque sorte hypnotisé par sa tumeur, qu'il dépérit et devient nerveux ; tantôt la tumeur ne s'accroît pas, mais devient le siège d'une violente douleur ; tantôt souf-

france et tumeur augmentent parallèlement. Dans les 2 premiers cas, les observations de Bergmann et Fenomenoff sont caractéristiques.

Bergmann. — Pendant les mois qui suivirent la découverte de la tumeur par la malade, cette tumeur aurait augmenté sans cependant occasionner de souffrances sérieuses si ce n'est une sensation de pesanteur et de légère tension dans le ventre, surtout après les repas.

Fenomenoff. — La malade avait constaté une tumeur mobile dans son ventre et se croyait enceinte. Un traitement fit apparaître les règles sans douleur peu abondantes ; mais la tumeur augmentait de volume lentement, progressivement, se déplaçant au moindre mouvement et indolente. Elle se plaignait en ce moment de constipation, fièvre, céphalalgie.

Kuster. — Son observation est un exemple du troisième cas. La grosseur n'a point changé depuis sa découverte. Elle n'est pas seulement douloureuse à la pression, mais elle l'est spontanément, principalement quand le ventre se tend ; à ce point que la malade est réduite à garder le lit, et demande à cor et à cri à ne pas être bougée.

Comme exemple du quatrième cas, nous citerons les observations suivantes :

Solman. — La tumeur augmentait lentement, les douleurs devenaient de plus en plus intenses, surtout si la malade se baissait ; si son ventre était en état de réplétion. 15 jours avant l'arrivée à l'hôpital elle fut prise de douleurs intenses dans le ventre, en outre elle avait de la constipation, de la rétention d'urines et de la fièvre.

Trombetta. — La tumeur augmentait de volume produisant des accès douloureux accompagnés de vomissements. Quelquefois la douleur était suivie de météorisme et de fièvre intense ; les vomissements ne contenaient jamais de matières fécales. La défécation ordinairement normale devenait diar-

rhéïque après l'accès, sans s'accompagner de mucus, de sang ni de pus. La diarrhée continuant, l'amaigrissement devenant extrême, on conduisit la fillette à notre clinique.

Demons. — Pendant cinq ans l'accroissement a toujours été progressif sans période d'arrêt ou d'augmentation brusque ; au fur et à mesure, la malade ressentait quelques douleurs aiguës dans l'abdomen, et elle était obligée de faire de grands efforts pour uriner. Lorsqu'elle eut acquis un certain volume, la tumeur détermina de la dyspnée.

En résumé, lorsqu'il y a douleur, elle siège presque toujours dans la région ombilicale.

Il est à remarquer que ces souffrances procèdent par accès et augmentent sous l'influence des contractions intestinales durant la digestion, et par les mouvements que fait le malade (cas caractéristique de O'Conor). Il est évident que la production de la douleur doit être mise sur le compte de l'augmentation produite dans la quantité du liquide, sur les tiraillements que produit cet accroissement subit et par saccades (Augagneur) sur les organes voisins, sur la compression des organes et aussi sur l'irritation des filets nerveux de la région. Il est probable que chez le malade de Tillaux les coliques atroces suivies de constipation qui ont fait faire le diagnostic d'occlusion intestinale, doivent être attribués à un accroissement subit dans les diamètres du kyste.

Nous ferons remarquer que cette douleur doit dépendre à un haut degré du siège de la tumeur, et de son lieu d'implantation plus ou moins éloigné de la colonne vertébrale. La compression de cette région procure des sensations douloureuses extrêmement vives, et nous voyons certains malades ne pas pouvoir garder la position horizontale (malade de Tillaux).

Il est difficile de démêler ce qui appartient à la compression

des filets nerveux du plexus solaire ou du plexus mésentérique dans la production de ces symptômes. Dans le cas de Tillaux on trouve dans le pédicule de la tumeur des filets provenant du plexus solaire ; ceux-ci étaient par conséquent tiraillés. Nous ne serons pas étonnés, pour ces raisons, de voir la constipation devenir une règle dans cette affection.

Voici comment Augagneur explique cette complication des tumeurs du mésentère : « Volumineuses, elles empêchent les efforts d'expulsion ; plus petites, elles peuvent par leur situation, modifier la circulation où l'innervation des intestins, et secondairement supprimer les sécrétions nécessaires à la progression du contenu intestinal, ou paralyser les tuniques musculaires concourant au même but. » Il est permis de penser et quelques observations le prouvent (cas de Reynier), que la compression directe de la masse intestinale par la tumeur joue le rôle le plus important.

A cette constipation, se joint souvent du météorisme abdominal ; on a observé quelquefois de la diarrhée (Ducasset, Trombetta). Dans le cas de Trombetta, c'était après l'accès que survenait d'abord la diarrhée, à la suite probablement de contractions exagérées de l'intestin ; puis elle s'établit définitivement par paralysie du plexus solaire, sans doute.

Comme autres signes fonctionnels d'importance secondaire, la dyspepsie et les douleurs gastriques, les vomissements se rencontrent fréquemment. On a noté quelquefois des phénomènes d'occlusion intestinale et de péritonite. Dans les observations de Reynier et de Ducasset, il y avait en réalité occlusion intestinale, dans le premier cas par compression du cæcum, péritonite dans le deuxième cas, par perforation intestinale.

Du côté des voies respiratoires, la dyspnée ne se montre que lorsque la tumeur a acquis un volume excessif.

Du côté des organes génitaux, nous voyons fréquemment

de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, du moment où s'est montrée la tumeur. Le mécanisme est difficile à expliquer, car généralement l'utérus et les annexes n'ont pas de connexion avec la tumeur. Dans notre cas, la tumeur était mobile avec l'utérus.

Du côté des voies urinaires, nous avons vu dans notre cas de la pollakiurie et de l'oligurie, accompagnées de ténesme ; ce qui n'a rien d'étonnant, vu le siège de ce kyste. Quelques observations mentionnent ces troubles.

Le facies prend quelquefois, mais non toujours, le type péritonéal, surtout aux moments d'accès douloureux. La fièvre ordinairement absente, peut se montrer dans ces cas ; on trouve en même temps de la céphalalgie.

Enfin, à la période terminale, il existe un état de cachexie et de dénutrition qu'on a attribué à la compression des chylifères.

Signes physiques

Ce sont eux qui généralement permettent de faire le diag nostic de kystes du mésentère. Tillaux engage le praticien à se rappeler que le mésentère occupe la ligne médiane et présente une grande mobilité ; ces deux signes, dit-il, doivent fournir les principaux, pour ne pas dire les seuls éléments du diagnostic différentiel. *Par l'interrogation*, on pourrait savoir que la tumeur ne s'est pas développée de bas en haut, ce qui éliminerait déjà toute une classe de tumeurs abdominales, celles qui naissent du petit bassin ; rarement, croyons-nous, obtient-on ce renseignement.

Inspection. — La forme du ventre peut ne pas varier du tout, car en général les kystes chyleux n'atteignent qu'un petit volume. Bergmann trouve l'abdomen de son malade quelque peu bombé en avant, au niveau de la région ombilicale. Chez

la malade de Trombetta, l'abdomen n'était pas symétrique, on voyait une voussure à droite près de la ligne médiane et au niveau de l'ombilic. Dans le cas de Rasch, la tumeur en se développant semblait bomber dans le flanc gauche.

Ce n'est que lorsque la tumeur est très volumineuse, comme dans le cas de Demons, que l'on voit un ventre volumineux, à forme conique, à peau distendue avec vergetures à ombilic un peu déplissé. Jamais d'ascite ; le réseau veineux sous-cutané est normal.

Palpation. — Quelquefois difficile, soit en raison de la contraction des muscles abdominaux, soit en raison de l'adipose. Nous n'avons pas vu qu'elle ne puisse être exécutée sans déterminer de violentes douleurs ; en général, le chloroforme n'est pas nécessaire. Elle donne des renseignements importants sur le siège, la forme, le volume, la consistance, la mobilité de la tumeur.

Siège. — Variable ; nous en avons donné un aperçu dans le chapitre d'anatomie pathologique ; la connaissance du point d'apparition de la tumeur est importante, car au moment où le chirurgien voit le malade pour la première fois, le kyste a un volume tel qu'il est impossible de décider de sa situation primitive. Les tumeurs du mésentère en général ont une tendance à plonger vers le petit bassin, en vertu de leur poids, après avoir vaincu la résistance du mésentère.

Forme. — Tous les observateurs insistent sur la forme globuleuse sphérique, ovoïde.

Consistance. — En général, on sent une tumeur régulière, lisse, rénitente, donnant lieu à de la fluctuation ; mais cette fluctuation peut ne pas être nette si le kyste est très tendu, si la paroi est épaisse. Mais il deviendra difficile de distinguer un kyste chyleux d'un lipome, les lipomes ayant

maintes fois donné lieu à la fluctuaction. Quelquefois, si le contenu du kyste est épais, on aura une sensation de mollesse.

Volume. — En général, celui d'une tête de fœtus, mais des différences considérables peuvent se produire d'un jour à l'autre, attendu que le kyste peut s'accroître d'une façon brusque.

Mobilité. — Se développant en plein mésentère, les kystes jouiront de sa mobilité, d'autant plus grande que leur point d'implantation sera plus éloigné de la colonne vertébrale. On la trouve mentionnée dans toutes les observations. Se produisant surtout latéralement, et pour les kystes de petit et de moyen volume, elle peut disparaître pour les kystes de grand volume (les kystes chyleux sont rarement volumineux), et en raison des adhérences (ceci arrive quand l'examen porte sur les kystes déjà anciens). Dans notre cas, la mobilité était surtout verticale.

La percussion a surtout été étudiée par Tillaux. A la percussion légère, on entend en avant du kyste une bande sonore de direction variable due à l'intestin grêle, placée entre la paroi et la tumeur. La percussion forte donne un son mat produit par le kyste ; cependant ce signe peut manquer : 1° quand l'intestin, vide de gaz, est comprimé entre la paroi et la tumeur ; 2° quand l'intestin est plein de matières fécales ; 3° quand le kyste, après avoir rejeté autour de lui les anses grêles, est venu se placer tout contre la paroi antérieure de l'abdomen.

Tillaux a encore insisté sur la zone de sonorité qui existe entre la tumeur et le pubis. Ce symptôme élimine les tumeurs du petit bassin, mais il peut manquer lorsque le kyste entraîné par son poids plonge derrière la symphyse ; c'était notre cas. Pour le faire apparaître, on peut, comme le conseille Rasch, placer le malade, le bassin élevé. Les signes donnés par la percussion manquent fréquemment ; quand ils existent, ils sont pathognomoniques.

Toucher vaginal. — Ne doit normalement pas donner de renseignements, cependant, quand les kystes plongent dans l'excavation pelvienne, on peut les sentir, ou au moins apprécier le déplacement de l'utérus. Dans notre cas, il a permis de constater la mobilité de la tumeur, qui semblait adhérer à l'utérus.

Ponction exploratrice. — Il est évident que ce serait un moyen de contrôle excellent pour reconnaître la variété du kyste. Augagneur s'en déclare partisan ; on la rejette actuellement car elle peut encore donnèr lieu à une erreur de diagnostic. Winkel n'a-t-il pas pris pour un kyste du mésentère un kyste de l'ovaire dont il n'avait retiré du sang que par la ponction ? De plus, la ponction n'est pas sans danger ; elle peut piquer une anse intestinale, alors que la matité obtenue faisait croire à son absence ; en outre, la paroi abdominale est sillonnée de gros vaisseaux, ainsi que la paroi du kyste au milieu desquels le trocart peut s'enfoncer. On peut encore par la ponction déterminer des adhérences gênantes pour une opération ultérieure. Pour toutes ces raisons, nous préférons l'incision exploratrice qui constitue en somme le premier temps d'une opération qui pourrait être jugée opportune.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Cette laparotomie exploratrice est le moyen de diagnostic auquel on a recouru dans les cas difficiles, et ils sont les plus fréquents. Mais il ne faudrait pas croire que le diagnostic de kyste du mésentère est aujourd'hui impossible. Nous pouvons citer l'exemple de Tillaux et de Carson, qui ont posé ce diagnostic exact.

Diagnostic positif. — De la lecture des observations, il résulte qu'on peut croire à un kyste du mésentère : 1° lors qu'on se trouve en présence d'une tumeur à marche insidieuse dont le début s'est fait par des troubles dyspeptiques, et des douleurs plus ou moins violentes, pouvant simuler même les phénomènes aigus ou chroniques de l'occlusion intestinale, ces douleurs ayant leur maximum au niveau de l'ombilic, et procédant par saccades, avec paroxysmes au moment de l'augmentation de volume de la tumeur ; 2° lorsque, à la période confirmée, on se trouve en présence d'une tumeur d'abord latérale, puis fixée sur la ligne médiane dans la région ombilicale et que cette tumeur est sphérique ou ovoïde, fluctuante ou rénitente.

Le doute n'est plus permis quand on se trouve en présence des trois signes de Tillaux : *a*) mobilité surtout latérale, mais pouvant être verticale ; *b*) sonorité entre la paroi abdominale

et la tumeur, à une percussion légère ; matité à une percussion forte ; *c*) sonorité à la percussion au-dessus du pubis.

Diagnostic différentiel. — Il est rare de se trouver, dans un cas de kyste du mésentère, en présence de ces trois signes, et il est nécessaire d'établir les signes différentiels. Les signes des coliques hépatique, néphrétique, appendiculaire, sont trop caractéristiques pour insister ; on ne confondra pas ces affections avec une crise douloureuse du début. La confusion a été faite plus souvent avec les phénomènes aigus de l'occlusion intestinale ; possible à éviter si elle est due à un bol fécal, elle ne le sera pas toujours si, due à une invagination, à un volvulus, on ne trouve pas de tumeur fluctuante. Les douleurs à début brusque pourront faire penser à des crises d'hystérie ou de tabès. Les troubles dyspeptiques ne seront pas confondus avec une maladie de l'estomac.

A la période confirmée : nous avons déjà fait dans notre observation le diagnostic différentiel des kystes à situation pelvienne avec quelques autres tumeurs du bassin. Quand ils siègent plus haut, on pourra les confondre avec : 1° *les kystes du pancréas*, surtout lorsque, partant de la tête, ils sont inclus secondairement dans le mésentère ; il n'y a pas de signe distinctif bien net ; 2° avec une *hydronéphrose ;* c'est une tumeur peu mobile. Elle est latérale et précédée par des accidents de lithiase. Les débâcles urinaires amènent la diminution de la tumeur.

Rein mobile. — Les vomissements, la douleur abdominale, la constatation d'une tumeur mobile peuvent en imposer pour un kyste du mésentère. Mais le rein fuit plus facilement, en donnant lieu à une sensation de décrochement ; il est réductible dans la fosse lombaire. Il se déplace spontanément et avec les mouvements respiratoires.

Les tumeurs de la rate naissent plus haut et siègent à gauche

de la ligne médiane ; par le palper, on peut sentir leur incisure caractéristique. Elles sont mates et profondes.

Les kystes du foie suivent plus nettement le diaphragme que ceux du mésentère.

Les kystes chyleux ne se distingueront guère des autres kystes du mésentère : on pourra les confondre avec des lipomes qui donnent une pseudo-fluctuation.

Les tumeurs malignes s'en distingueront par un développement rapide, de l'ascite, des signes de cachexie précoce.

CHAPITRE IX

PRONOSTIC

Certains de ces kystes restent stationnaires et ont une durée d'autant plus illimitée que leur début est inconnu. Rien pendant la vie n'était venu révéler l'existence des tumeurs observées par Wieschelbaüm et Le Dentu, mais on ne peut se demander si on ne se trouve pas ici en présence plutôt d'une difformité que d'une maladie. Nous avons vu ces kystes évoluer de la manière la plus irrégulière, et si leur durée peut être fort longue, il n'en est pas moins vrai que dès qu'ils ont révélé leur présence, ils s'accroissent généralement avec une très grande rapidité.

Nous avons pu voir mentionné dans maintes observations l'état cachectique des malades atteints de kyste ou d'autres tumeurs du mésentère, même bénignes. Dans le cas de Hlava par exemple, la véritable cause d'inanition du malade a pu être rattachée à une lésion anatomique ; dans d'autres cas, moins bien démontrés, on a fait jouer un rôle important aux vaisseaux lactés. N'oublions pas que les anciens attribuaient une grande importance à la compression de ces vaisseaux.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on se trouvera en présence d'un kyste chyleux du mésentère, il ne faudra pas invoquer à son secours les cas où leur présence est passée inaperçue, et escompter une régression, ou une ouverture dans l'intestin, suivie de guérison.

Souvent, tel kyste qui semble évoluer très lentement depuis des années, devient douloureux après un traumatisme, augmente rapidement et présente des symptômes alarmants. Si l'on temporise, on permettra au kyste toutes les complications possibles ; des adhérences dures et solides auront le temps de se former, la paroi deviendra plus vasculaire, le kyste, par son volume, amènera des occlusions de l'intestin, etc., etc., la cachexie arrivera rapidement, et l'on se verra dans l'obligation d'opérer avec des difficultés qui ne se seraient pas présentées au début.

Trombetta n'hésite pas à reconnaître que sa fillette aurait certainement guéri si divers empêchements n'étaient venus retarder une intervention jugée nécessaire. A l'autopsie, on trouva des signes de péritonite générale.

Dans les cas de Hlava, il eût été facile de libérer le duodénum du kyste qui le rétrécissait et de fournir un libre cours aux matières, par une opération opportune.

Signalons comme aggravant le pronostic, l'âge du sujet, qu'il soit très jeune ou très vieux ; le jeune enfant de 4 mois dont parle Ducasset, est mort de péritonite cinq jours après son entrée à l'hôpital ; à l'autopsie on trouva deux petites ulcérations au milieu de l'intestin, et le siège de la tumeur près de l'insertion rachidienne.

Voir venir est ici une pratique déplorable ; quel que soit le malade et son état, il faut opérer au plus vite.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

Il ne pourra donc être que chirurgical.

1° *Ponction évacuatrice.* — Nous avons fait son procès. Sur 26 kystes traités par la ponction, on a obtenu 8 guérisons, mais on a eu 1 mort et 17 récidives.

2° *Décortication ou extirpation totale.* — Elle consiste, après que l'on est tombé sur le mésentère, à en inciser le feuillet antérieur jusqu'à quelques centimètres du bord de l'intestin, qui est très vasculaire ; on commence par détacher la tumeur de la face antérieure du mésentère en rompant par petits coups les adhérences qui sont cependant moins nombreuses qu'en arrière. Avant de passer à la face postérieure, on vide le kyste. On bouche l'ouverture faite par le trocart avec une pince à kyste, qui peut servir de tracteur. Sur la face postérieure, les difficultés sont plus grandes (plexus solaire, vaisseaux mésentériques). On pince les vaisseaux qui saignent et on les lie au catgut. On suture au catgut l'incision du mésentère, on suture le péritoine après toilette, et on referme le ventre.

Cette opération est l'intervention radicale quand elle est possible, et ses succès ne se comptent plus. Entre les mains des Tillaux, des Tuffier, elle donne des résultats merveilleux, mais n'oublions pas que Kuster, voulant procéder malgré de fortes adhérences à la décortiquation totale, blessa l'intestin

sans y prendre garde, et le lendemain, la malade mourut de péritonite septique.

De nombreux accidents peuvent encore compliquer cette intervention : 1° les tractions faites sur la tumeur réagissent sur le plexus solaire et peuvent amener la syncope ; 2° l'opération étant longue et difficile, les malades meurent fréquemment de shock quelques heures après ; 3° on a vu une simple section du mésentère amener le sphacèle de l'intestin ; 4° possibilité d'une hémorragie secondaire et mortelle au niveau du pédicule mal lié.

3° *Marsupialisation*, ou traitement par la suppuration. — C'est la méthode de Péan. Nous l'avons décrite dans notre observation avec quelques détails, ainsi que dans l'observation de O'Conor. On lui a justement reproché de donner lieu à des suppurations interminables, et d'immobiliser le malade pendant un temps assez long, car le comblement de la vaste cavité formée se fait par bourgeonnement, et prend un temps considérable. Cependant, elle a été employée avec succès. Bianchi donne en 1891, sur 22 opérés, 19 guérisons, 2 morts et une récidive ; en moyenne, ses résultats sont supérieurs à ceux de l'extirpation totale, et bien des fois ce n'est qu'à elle que l'on pourra avoir recours. Si l'on ne doit pas s'exagérer outre mesure la crainte de quelques sections vasculaires, il n'en est pas moins vrai qu'une vascularisation trop abondante, un kyste trop volumineux, des adhérences multiples imposeront la marsupialisation.

Les kystes chyleux donnent naissance à une complication dont les observations de Rasch et de Gusserow sont un bel exemple : la chylorragie. Elle se produit dès les premiers jours après l'opération. Il s'écoule un liquide laiteux assez abondant amenant une dénutrition rapide chez les opérés. La malade de Rasch avait diminué de 30 livres en un mois. Cet écoulement cède peu à peu et spontanément. Il dura 20 jours chez la

malade de Gusserow, et un mois chez celle de Rasch. Chez la première, on voyait sourdre du fond de la poche, par des orifices lymphatiques, le chyle qui se coagulait presque aussitôt. De là, précepte : éviter de mettre en contact avec la poche kystique des pansements toxiques dont l'absorption par les chylifères pourrait causer des accidents. Terrillon conseille de tamponner avec la gaze au salol.

On peut voir, comme dans le cas de Lòhlein, des adhérences entre la tumeur et la paroi amener des symptômes d'étranglement ; il faut comme ce chirurgien ouvrir de nouveau le ventre et détruire les brides.

Dans deux cas, par la plaie abdominale, l'intestin fit hernie ; Mendès de Léon fit une nouvelle laparotomie et réduisit. Lorsque cela se pourra, il vaudra mieux réduire par une compression bien faite.

Fochier a eu un début d'éventration au niveau de la cicatrice, c'est là une complication de toutes les laparotomies. Une ceinture bien faite amena la guérison.

M. Massot a vu son opérée mourir d'un volvulus. Ce fait nous a poussé à quelques réflexions. Rubeska a été plus heureux ; chez son opérée, il mentionne quelques jours après l'opération, des symptômes d'obstruction intestinale, dont le siège était au-dessous du duodénum, probablement au niveau du siège primitif du kyste, car on trouvait en cet endroit un corps mobile de la grosseur d'une pomme. Cette obstruction intestinale a été probablement levée par les manœuvres exercées les jours précédents pour examiner la nature et le siège de l'empâtement. Elle était due sans doute à l'adhérence de l'intestin à la plaie du mésentère, ou à la torsion du viscère sur son axe. Nous avons pu voir dans plusieurs observations, la présence d'un kyste déterminer des phénomènes de ce genre, et nous nous demandons, si dans le cas de M. Massot, le kyste n'aurait pas occasionné une tendance au volvulus, dont le traumatisme opératoire aurait amené la réalisation.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes chyleux ne doivent pas être considérés aujourd'hui comme une rareté ; on en possède quarante cas environ d'une authenticité incontestable. Ainsi que tous les autres kystes, ils sont une conquête de la chirurgie moderne.

II. — Le mésentère est une véritable éponge lymphatique, l'appareil chylifère constitue son élément primordial ; rien d'étonnant que les tumeurs en général, proviennent de cet appareil ; rien d'étonnant que parmi ces tumeurs, les kystes chyleux et leurs dérivés occupent une place prépondérante.

III. — Etant donné le rôle physiologique du mésentère, il est facile de comprendre les désordres que ses lésions apporteront dans la nutrition.

IV. — Les kystes chyleux ont en général une origine ganglionnaire. C'est ce que prouve l'examen histologique de la paroi. Mais ils peuvent encore procéder d'une ectasie des voies chylifères, d'une rupture d'un vaisseau chylifère avec ou sans enkystement consécutif du chyle répandu entre les feuillets du mésentère qu'il dissocie. Dans quelques cas, leur origine congénitale est probable. Les analyses chimiques, et l'aspect seul le plus souvent, prouvent que le contenu est ou a été du chyle

V. — Le lymphatisme a été quelquefois noté chez les porteurs de kystes chyleux. Le plus souvent, ce sont des femmes, des enfants, des vieillards débiles, mais quelquefois aussi

des hommes et des femmes vigoureux. L'augmentation de volume de ces kystes semble se faire par saccades.

VI. — Le symptôme le plus saillant est la douleur, dans la région ombilicale le plus souvent, et quel que soit le siège de la tumeur. Quelquefois ces tumeurs ont une indolence remarquable ; quelquefois c'est une violente crise de douleur qui est le début apparent de la tumeur. La constipation est de règle. On peut avoir des symptômes de péritonite et d'occlusion intestinale. Tous les autres symptômes sont moins caractéristiques ; ils sont dus à la compression, à l'irritation des organes voisins, et aux réflexes qui en partent.

VII. — La plupart du temps, le diagnostic devra se faire par élimination progressive des autres tumeurs intra-abdominales. Les signes donnés par Tillaux, sont rarement au complet. Les manifestaitons douloureuses du début, alors que la tumeur est encore inconnue, donneront le change, et ne seront rapportés à leur véritable origine que lorsque la découverte de la tumeur aura été amenée soit par la violence de la douleur, soit par le hasard. Le début par phénomènes d'occlusion intestinale sera surtout une source d'erreur.

VIII. — Le pronostic est des plus sombres ; tous les cas de kystes chyleux non opérés ont été suivis de mort. Elle arrive au milieu d'une cachexie remarquable, par occlusion intestinale, par péritonite. Cette mort peut être brutale ; elle peut être due à une kyste qui n'avait jusque-là donné lieu qu'à des symptômes très bénins.

IX. — Le traitement de ces kystes ne peut être que chirurgical. Aussitôt que l'on a découvert la tumeur, il faut l'enlever. Cette opération est inévitable et il vaut mieux qu'elle soit précoce, car on aura plus tard des complications telles qu'adhérences, vascularisation excessive de la paroi, etc.

L'extirpation totale devra être préférée chaque fois qu'elle sera possible ; elle met à l'abri d'une longue suppuration, d'une immobilisation parfois très longue du malade. Dans les autres cas, lorsque l'extirpation sera impossible, le procédé de choix sera la marsupialisation avec drainage de la poche.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 31 janvier 1905
Le Recteur,
A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 31 janvier 1905
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arékion. — Etude sur les kystes du mésentère. Th. de Paris, 1891

Augagneur. — Tumeurs du mésentère. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

Barth.— Kyste ganglionnaire du mésentère. Bull. soc. anat., 1848.

Bramann. — Kystes chyleux du mésentère. Lagenbecks archiv. Bd XXXV-1.

Carson. — Chylous cyst of the mesentery. Journal of the American Association, may 1890, p. 74.

Collet. — Essai sur les kystes du mésentère. Th. Paris, 1884.

Delmez. — Kystes du mésentère. Th. Paris, 1891.

Demons. — Kyste multiloculaire du mésentère (in thèse d'Arekion).

Enzmann. — Beïtrage zur patholog. Anatomie des ductus thoracicus, 1883.

Fenomenoff. — Rapport lu à la Société de médecine de l'Université de Kazan, le 19 avril 1888.

Fetherstone.— Chylous cyst of the mesentery. Australian medical Journal. Melbourne, june 1890.

Flœrsheim. — Gazette des hôpitaux, 1895, 2-4.

Fochier. — Revue de chirurgie, 1902.

Gusserow. – Lymphocyte des mesenterium. Charité. Annalen. Band XV, 1890.

Hahn. — Ueber mesenteriale cysten. Berliner Klin. Wochenschrift, 1887, n° 23.

Hlava. – Dans Centralblatt für gynacologie, n° 49, 1889.

Hoover. — Tr. Ohio, M. soc. Toledo, 1895, 1, 363-365, 1.

Giordani. — Cisti linfatica del mesenterio. Clin. chirurg., Milano, 1895, iii, 233-36.

Klefstadtt-Sillonville. — Thèse de Paris, 1892.

Kilian. — Berliner Klin. Wochenschrift, 1886, n° 25
Kuster. — Ein chirurgischen Triennium, 1882.
Le Dentu. — Bulletin de la Société anatomique, 1876.
Letulle. — Bulletin de la Soc. Anat., 1899.
Mendès de Léon. — American Journal of obstetric, XXIV, p. 168, 1891.
Millard et Tillaux. — Bulletin de l'Académie de médecine, 17 août 1880.
O'Conor. — New-York. M. J., 1897, I-XV, 458.
Péan. — Diagnostic et traitement des tumeurs du bassin. T. I, p. 1110, 1880.
Quénu — Traité de chirurgie. T. VI, p. 168.
Rasch — Case of large chylous cyst of the mesentery. Brit. med. Journ., 1889, p 1009.
Roth. — Ein fall von lymphangioma cysticum. Inaug. dissert., Zurich, 1880.
Rokitansky. — Lesbruch der anat., p. 677.
Rubeska. – Centralblatt für gynacologie, n° 49, 1889.
Solman. — Gazeta lekarska, Warszawa, 1899, n° 1.
Trombetta. — Cisti del mesenterio. Bulletin médical, 1888.
Tuffier. — Société de chirurgie, 27 juillet 1892. Bulletin médical.
Wœrth. — Archiv. für gynacologie. Berlin, 1880-1882.
Weishsellbaum. — Wirchow's Archiv LXIV-2, p. 145.
Wenning. — Cincin. Lancet. Clinic., 1894, 653-664.
Winiwater. — Medico chirurg. Centralblatt-Wien, 1879.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !